



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Resilienz bei chronisch erkrankten Personen Multiple Sklerose

Verfasserin

Jenny Koegel

gemeinsam mit

Theresa Hettl

Sophie Roupetz

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl:

A 298

Studienrichtung:

Diplomstudium Psychologie

Betreuerin:

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Danksagung

Ich möchte mich an erster Stelle bei allen bedanken, die mich durch das Ausfüllen meiner Fragebögen unterstützt haben. Ich habe mich über das große Interesse an meiner Arbeit sehr gefreut! Ein großes Dankeschön auch für die herzliche Aufnahme bei den von mir besuchten und angeschriebenen Selbsthilfegruppen, sowie für die vielen motivierenden E-Mails und Anrufe, die ich bis zum Abschluss meiner Arbeit bekommen habe!

Ein riesiges Glück hatte ich auch mit meinen beiden Mitstreiterinnen Theresa Hettl und Sophie Roupetz. Ich finde wir waren von Anfang bis Ende ein wunderbares Team und ich hab sehr gern mit euch gearbeitet und gefrühstückt!

Ich möchte mich außerdem bei Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und Herrn Dr. Ulrich Tran bedanken, die dieses Projekt erst ermöglicht haben und uns unterstützend zur Seite standen.

Zum Schluss noch ein Dankeschön an meine liebe Mitbewohnerin, nicht nur für das ständige Korrekturlesen, sondern auch für die unvergesslichen Jahre in Wien, die ohne sie nur halb so schön gewesen wären!

Resilienz-Projekt

Das Resilienz-Projekt gliedert sich in drei Diplomarbeiten, verfasst von Frau Theresa Hettl (0802350), Frau Sophie Roupetz (0502541) und Frau Jenny Koegel (0708862). Die Arbeiten halten sich bestmöglich an die APA Richtlinien (APA, 2010), jedoch wird aus Rücksicht auf die Umwelt und aus Platzgründen auf den doppelten Zeilenabstand verzichtet. Abschnitte, die in allen drei Arbeiten zu finden sind, werden durch den jeweiligen Namen der Verfasserin im Titel eindeutig gekennzeichnet.

Abstract (deutsch)

Das Ziel dieser Arbeit war es, basierend auf einem multikausalen (biopsychosozial) resilienztheroretischen Ansatz, zu untersuchen, aus welchen unterschiedlichen Faktoren sich das Konstrukt Resilienz zusammensetzt. Dazu wurden die möglichen resilienzfördernden Faktoren Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und religiöser/spiritueller Glaube herangezogen. Analysen wurden sowohl anhand einer Gesamtstichprobe chronisch Erkrankter (Personen mit chronischem Rückenschmerz, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Multipler Sklerose) als auch anhand der spezifischen Stichprobe an Multipler Sklerose erkrankter Personen durchgeführt. Mittels der spezifischen Stichprobe wurden des Weiteren die Zusammenhänge von Resilienz und Depressivität, Ängstlichkeit, Fatigue sowie Alexithymie untersucht. Zudem wurden sowohl Alexithymie als auch psychische Belastung als potentielle Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischem Wohlbefinden, bzw. Resilienz und Alexithymie, genauer betrachtet. In Bezug auf die Gesamtstichprobe wurde versucht aufzuzeigen, inwieweit das in dieser Arbeit verwendete Verfahren zur Erhebung von Resilienz (CD-RISC), in der Erfassung über die einzelnen Resilienzfaktoren hinausgeht.

Es konnte herausgefunden werden, dass sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der spezifischen Stichprobe besonders Selbstwirksamkeit von Bedeutung für Resilienz ist, aber auch Optimismus und soziale Unterstützung erklärten signifikante Anteile von Resilienz. Bezüglich der Gesamtstichprobe hatte auch der Glaube einen geringen Einfluss, der in Hinsicht auf die spezifische Stichprobe nicht mehr gefunden werden konnte. Bei Personen mit Multipler Sklerose konnten Zusammenhänge zwischen niedriger Resilienz und hoher psychischer Belastung gefunden werden. Alexithymie zeigte sich als teilweise Mediator für den Zusammenhang von Resilienz und psychischem Wohlbefinden und psychische Belastung als teilweise Mediator für den Zusammenhang von Resilienz und Alexithymie. Die CD-RISC zeigte lediglich in Bezug zu Depressivität inkrementelle Validität gegenüber den spezifischen vier Faktoren ($\beta = -.18$; $p = .04$.)

Für die Praxis bedeuten diese Ergebnisse, dass vor allem Selbstwirksamkeit, als wichtige Variable der Resilienz, aber auch Alexithymie, als bedeutende Einflussvariable für die therapeutische Arbeit mit Personen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, hinsichtlich psychischer Gesundheit vermehrt beachtet werden sollten.

Abstract (english)

Based on a multicausal concept of resilience, the aim of this study was to examine different factors constituting resilience. Four specific factors of resilience (: self efficacy, optimism, social support and spiritual/religious belief), were analyzed. Two different samples were used to analyze the data. The main sample included persons with chronic illnesses (chronic backache, inflammatory bowel disease, and multiple sclerosis) the specific sample consisted only of persons suffering from multiple sclerosis. Using the specific sample, the association of resilience with depression, anxiety, fatigue, and alexithymia was examined. Furthermore, alexithymia was tested in regard to possible mediator effects on the association of resilience and psychological wellbeing and psychological distress was analyzed as a mediator on the association of resilience and alexithymia. It was also investigated whether resilience as assessed with the CD-RISC, could be fully explained by the four specific factors of resilience.

In both samples, it was found that self-efficacy was the single most important construct with regard to resilience, followed by optimism and social support. In regard to the main sample, spiritual/religious belief also had a small effect; however, this was not the case in the specific sample. Among persons suffering from multiple sclerosis resilience correlated negatively with psychological distress. Alexithymia partially mediated the correlation of resilience and psychological wellbeing and psychological distress partially mediated the association of resilience and alexithymia. CD-RISC scores had incremental validity beyond the four specific factors of resilience only with regard to depression scores ($\beta = -.18$; $p = .04$).

The results imply that self-efficacy and alexithymia are relevant for the psychological treatment of multiple sclerosis as both were found to impact mental health.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel).....	4
2.	Theoretischer Hintergrund	4
2.1.	Resilienz.....	4
2.1.1.	Entstehungsgeschichte (Jenny Koegel)	4
2.1.2.	Kontroversen der aktuellen Resilienzforschung (Sophie Roupetz, Jenny Koegel)	7
2.1.3.	Biologische Faktoren (Jenny Koegel)	13
2.1.4.	Psychologische/persönliche Faktoren (Theresa Hettl).....	15
2.1.4.1.	Selbstwirksamkeit.....	15
2.1.4.2.	Kohärenzgefühl und Hardiness.....	16
2.1.4.3.	Positive Emotionen, Optimismus und Humor	17
2.1.4.4.	Emotionsregulation und Coping	18
2.1.4.5.	Intelligenz	20
2.1.4.6.	Religiosität und Glaube.....	20
2.1.5.	Soziale Faktoren (Sophie Roupetz).....	21
2.1.5.1.	Einfluss von Umweltfaktoren	22
2.1.5.2.	Genderbedingter Einfluss	22
2.1.5.3.	Kultureller Einfluss.....	23
2.1.5.4.	Einfluss sozialer Unterstützung	25
2.1.6.	Messbarkeit von Resilienz (Sophie Roupetz).....	25
2.1.7.	Resilienz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Theresa Hettl).....	28
2.2.	Multiple Sklerose	30
2.2.1.	Symptome	30
2.2.2.	Verlaufsformen.....	31
2.2.3.	Epidemiologie	32
2.2.4.	Ätiologie.....	32
2.2.5.	Therapie.....	33
2.2.6.	Resilienz im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden	34
2.2.7.	Depression und Fatigue.....	36
2.2.8.	Angststörungen	38
2.2.9.	Alexithymie.....	40
3.	Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen.....	44
4.	Methode.....	47
4.1.	Studiendesign	47
4.2.	Stichprobenbeschreibung (Sophie Roupetz, Jenny Koegel).....	47

4.3. Messinstrumente (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)	49
4.3.1. Trait Cheerfulness (STCI cheerfulness subscale; Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996) (Sophie Roupetz)	49
4.3.2. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) (Sophie Roupetz)	49
4.3.3. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) (Sophie Roupetz)	50
4.3.4. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU K-14; Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) (Theresa Hettl)	50
4.3.5. Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D; Albani et al., 2002) (Theresa Hettl)	50
4.3.6. Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ; Teegen, 2003) (Jenny Koegel)	51
4.3.7. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis, 2000) (Jenny Koegel)	51
4.3.8. Fatigue Severity Scale (FSS; Krupp et al., 1989) (Jenny Koegel)	52
4.3.9. Toronto Alexithymie Skala 20 (TAS-20; Kupfer et al., 2001) (Jenny Koegel)	52
4.4. Auswertung (Theresa Hettl)	53
4.4.1. Auswertung der Fragestellungen der Gesamtstichprobe (Theresa Hettl)	53
4.4.2. Auswertung der Fragestellungen der spezifischen Stichprobe	54
5. Ergebnisse	55
5.1. Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)	55
5.2. Resilienzfaktoren	56
5.2.1. Ergebnisse erste Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen? (Jenny Koegel)	56
5.2.2. Ergebnisse zweite Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit Multipler Sklerose?	58
5.2.3. Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen chronischen Erkrankungen (Sophie Roupetz)	60
5.2.4. Ergebnisse dritte Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt? (Jenny Koegel)	61
5.3. Multiple Sklerose und psychisches Wohlbefinden	67
5.3.1. Ergebnisse vierte Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen?	67
5.3.1.1. Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator	67
5.3.1.2. Mediatoranalyse: Depression, Ängstlichkeit und Fatigue als Mediatoren	71
5.4. Untersuchungsergebnisse der Demographischen Daten	72
6. Diskussion	74
6.1. Diskussion der Ergebnisse der chronisch Erkrankten	74
6.1.1. Prädiktoren für Resilienz (Sophie Roupetz)	74
6.1.2. Überprüfung der CD-RISC (Jenny Koegel)	76

6.2.	Diskussion der Ergebnisse der Personen mit Multipler Sklerose	78
6.2.1.	Prädiktoren für Resilienz	78
6.2.2.	Resilienz und psychisches Wohlbefinden bei Personen mit Multipler Sklerose	79
6.2.3.	Alexithymie als Mediator.....	80
6.2.4.	Depression, Angst und Fatigue als Mediatoren	81
6.3.	Kritik und Einschränkungen der Studie (Theresa Hettl)	82
7.	Conclusio/Ausblick (Theresa Hettl)	84
8.	Literaturverzeichnis.....	85
9.	Tabellenverzeichnis.....	92
10.	Anhang	93

1. Einleitung (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Im Sommersemester 2012 wurde an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie ein Forschungsprojekt entwickelt, welches sich unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Lueger-Schuster und Herrn Dr. Tran mit den Faktoren von Resilienz bei verschiedenen chronischen Krankheitsbildern beschäftigte. Im Zuge dieses Projekts wurden drei Diplomarbeiten geschrieben. Frau Theresa Hettl untersuchte Resilienz bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und Frau Sophie Roupetz Resilienz bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In dieser Arbeit beschäftigt sich die Autorin (Jenny Koegel) mit Resilienz bei Personen mit Multipler Sklerose. Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über den theoretischen Hintergrund von Resilienz und Multipler Sklerose gegeben und daraus Fragestellungen abgeleitet. Danach werden die Fragestellungen praktisch erforscht und die Bedeutungen der Ergebnisse beschrieben.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Resilienz

2.1.1. Entstehungsgeschichte (Jenny Koegel)

Der Beginn der Resilienzforschung ist in den 1950er Jahren zu finden (Kolar, 2011). Die retrospektive Forschung, bei der man die Lebensgeschichten delinquenter Kinder oder Kinder mit psychischen Erkrankungen im Nachhinein rekonstruierte, führte zur Überzeugung, Kinder mit traumatischen Erfahrungen oder Kinder, die in schwerer Armut lebten, müssten sich in jedem Fall schlecht entwickeln (Werner, 2005). Nach und nach wurden diese Annahmen mit Forschungsarbeiten widerlegt, die sich mit der gesunden Kindesentwicklung, trotz widriger Umstände, auseinandersetzte (Werner, 2005). Inzwischen ist bekannt, dass eine resiliente Reaktion auf belastende Situationen, also eine gesunde Weiterentwicklung, typisch ist für Personen, die Belastungen ausgesetzt waren, und in vielen Fällen auftritt (Bonanno, 2005). Hiermit war die grundsätzliche Frage der heutigen Resilienzforschung gesetzt (Bonanno, 2005): Warum erholen sich einige Personen schnell von negativen Erfahrungen, bzw. warum kommt es gar nicht erst zu negativen Folgen, während diese bei anderen Personen aber auftreten?

Eine der bekanntesten Untersuchungen dazu ist die Langzeitstudie von Werner und Smith (2001), die auf der Insel Kauai durchgeführt wurde. Über Jahrzehnte wurden regelmäßig Daten von Männern und Frauen erhoben. Unter anderem gehörten dazu biologische und psychosoziale Risikofaktoren, stressreiche Lebensereignisse und protektive Faktoren. Besonderes Interesse galt aber eben solchen Kindern, die unter ungünstigeren Bedingungen aufwuchsen. Hierzu wurden Schwierigkeiten bei der Geburt, ein labiles Zuhause, psychisch erkrankte oder alkoholranke Eltern(teile) gezählt. Man versuchte festzuhalten, welche Faktoren sich bei einer gesunden Entwicklung dieser Kinder als unterstützend zeigten, denn eine gesunde Entwicklung war bei jedem dritten Kind trotz hoher Risikofaktoren der Fall. Bereits im Kleinkindalter beobachteten Werner und Smith (2001), dass resiliente Kinder zugänglicher waren und ein weniger schwieriges Temperament hatten. Bis zur letzten Erhebung stellte man eine hohe Hingabe gegenüber der Familie und der Gemeinde fest. Später zeigte sich Resilienz der untersuchten Personen auch durch sehr viel höhere Lebenszufriedenheit, und resiliente Personen sahen ihr Leben vermehrt als positive Herausforderung an, als dass sie sich Sorgen, wie etwa um die eigene Gesundheit oder die Familie machten.

Als schützende Faktoren gaben bereits Werner und Smith (2001) mehrere Quellen an. So teilten sie diese in personale Faktoren, wie Optimismus oder Selbstbewusstsein ein, sowie in familiäre Schutzfaktoren und solche, die in der Gemeinschaft liegen, wie beispielsweise Bezugspersonen außerhalb der Familie. Bis zur letzten Erhebung stellten Werner und Smith (2001) Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit kritischen Lebensereignissen zwischen resilienten und weniger resilienten Individuen innerhalb der Kinder mit hohen Risikofaktoren fest. Die Unterschiede zeigten sich sowohl in der Reaktion auf positive als auch auf negative Lebensereignisse (Werner & Smith, 2001). Erst viel später begann man auch die Frage nach Resilienz bei Personen im Erwachsenenalter zu stellen und die Forschung wendete den Blick von der Entwicklungspsychologie langsam wieder ab (Werner, 2005).

Eine bedeutsame Entwicklung der Resilienzforschung in den 1970er Jahren wird oft mit Norman Garmezy in Zusammenhang gebracht. Sein Fokus auf Resistenz, Wachstum und positive Adaption gab der Resilienzforschung eine neue Perspektive (Kolar, 2011). Viele Studien folgten diesem Interessenwechsel von einer negativen Entwicklung zu einer erfolgreichen Adaption (Werner, 2005).

Mit wachsendem Interesse an der Resilienzforschung gehen allerdings seit jeher ein Mangel bei der Definition, der Operationalisierung und den Messmethoden zur Erfassung einher. Dies führt zu einer derzeitig unübersichtlichen Masse an Definitionen und Terminologien, die zu großer Konfusion unter Forschenden, Laien und politischen Entscheidungsträgern führen (Kolar, 2011).

Resilienzforschung scheint besonders stark von dem Einfluss subjektiver Meinungen der Forscherinnen und Forscher betroffen zu sein. So gibt es beispielsweise Kontroversen darüber, ob resiliente Personen lediglich die Fähigkeit haben, sich unter Stress positiv zu entwickeln, oder ob es bei diesen Personen in Stresssituationen zu einer Entfaltung besonderer Mechanismen kommt, die eine Adaption unter stressreichen Bedingungen erst möglich machen (Kolar, 2011). Auch wie stark der Stress ausgeprägt sein sollte, dem eine Person ausgesetzt sein muss, um sie bei positiver Entwicklung als resilient zu beschreiben, ist uneinheitlich in der Literatur beschrieben (Davydov, Steward, Ritchie, & Chaudieu, 2010).

Äußerst populär waren und sind teilweise immer noch monokausale Ansätze, die entweder biomedizinische, psychologische oder soziokulturelle Erklärungsmodelle für Resilienz verwenden (Davydov et al., 2010). Monokausale Ansätze sind zwar aufgrund ihrer Einfachheit sehr beliebt, unterliegen aber dem großen Problem, dass sie das Zusammenspiel der verschiedenen Einflüsse ignorieren. Dies ist in Anbetracht der multi-kausalen Beschaffenheit der Gesundheit aber sehr einseitig (Davydov et al., 2010).

Gerade zu Beginn der Resilienzforschung ging man von Resilienz als Persönlichkeitsfaktor aus. Resilienz wurde als in einem Individuum verankerte Persönlichkeitseigenschaften gesehen und anhand dieser definiert. Typisch waren Persönlichkeitseigenschaften wie Autonomie und Selbstbewusstsein. Resilienz als Persönlichkeitsfaktor zu sehen, führte dazu, dass diese nicht als sich entwickelnder Prozess, sondern als unveränderbar und stabil galt (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Mit der Weiterentwicklung des Forschungsfeldes wiesen immer mehr Forschungsergebnisse auf die Wichtigkeit der näheren Umgebungsbedingungen hin, wie die familiäre und soziale Unterstützung, und es wurden externe Faktoren als besonders wichtig angesehen (Luthar et al., 2000). Wieder andere Forschungsberichte beschrieben Resilienz als gesellschaftlich verankert und abhängig von politischen Entscheidungen, wie z.B. finanzielle Unterstützung des Staates im Einzelfall (Davydov et al., 2010). Diese anderen Perspektiven führten dazu, Resilienz we-

niger als stabilen Faktor zu sehen, sondern vielmehr als Prozess, der sich bei wechselnden Lebensbedingungen erst entwickelt. Ein resilienter Mensch galt nun weniger als „unverletzbar“, da man sich der Komplexität und dem Prozess der Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt verstärkt bewusst wurde (Luther et al., 2000). Trotz neuer Herangehensweisen und Sichtweisen, Resilienz nicht mehr einzig als Persönlichkeitsfaktor anzusehen, waren und sind all die Erklärungen, die ausschließlich einen Faktor heranziehen, zu eingeschränkt.

Resilienz setzt sich aus verschiedensten Faktoren zusammen, und es ist daher notwendig in Untersuchungen von einem multikausalen Ansatz auszugehen.

2.1.2. Kontroversen der aktuellen Resilienzforschung (Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Resilienz ist ein komplexes Konstrukt, welches wie oben beschrieben zu Unsicherheit und Verwirrung unter Forschenden und Laien führt (Kolar, 2011). Dennoch oder gerade deshalb ist es wichtig in der Forschung Resilienz nicht einseitig, sondern multidimensional zu betrachten. Wie wichtig diese Herangehensweise ist, wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass jedes Individuum und dessen nähere und weitere Umgebung in ständiger Interaktion stehen (Kolar, 2011). Es ist nicht möglich, einen resilienzfördernden Faktor, wie zum Beispiel die biologische Ausstattung einer Person, von einem anderen Resilienzfaktor, wie etwa die psychologischen Verhaltensweisen in Stresssituationen voneinander losgelöst zu betrachten. Beide und viele andere Faktoren, die das Konstrukt Resilienz ausmachen, beeinflussen sich ständig gegenseitig und erst im Zusammenspiel dieser Faktoren, welches individuell unterschiedlich sein kann, ergibt sich die Resilienz einer Person (Kolar, 2011; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003).

Einhergehend mit dieser multidimensionalen Herangehensweise, beschrieben Davydov et al. (2010) das Fehlen eines allgemeinen theoretischen Konstrukts, was die einheitliche Operationalisierung der verschiedenen Resilienzfaktoren unmöglich macht. Sie schlugen vor, das Modell der Immunität, wie es aus der somatischen Medizin bekannt ist, auf die psychische Gesundheit auszuweiten. Diese Ausweitung würde grundlegend mit Georg Engels biopsychosozialem Modell übereinstimmen (Davydov et al.,

2010), welcher von der Ganzheitlichkeit von Gesundheit und Krankheit ausging und als einer der ersten den rein medizinischen Blick um Wirkfaktoren, wie persönliche Beziehungen und gesellschaftliche Faktoren, erweiterte (Adler, 2009). Das Immunitätsmodell soll dabei helfen, ein Gleichgewicht zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei Erklärungsansätzen im Umgang mit Stress herzustellen. Außerdem soll es die Interaktionen der Faktoren erklären (Davydov et al., 2010).

Davydov et al. (2010) gehen davon aus, dass es, um eine Belastung positiv bewältigen zu können, einen Mechanismus braucht, welcher widrige Begebenheiten erkennt und auf diese adäquat reagieren kann. Resilienz kann angeboren sein, sich aber auch durch individuelle Adaption oder externe Beeinflussung entwickeln. Die einzelnen Faktoren können unabhängig voneinander agieren, in gegenseitiger Wechselwirkung stehen oder als kausale Kette auftreten. Es ist allen Resilienz Faktoren gemein, dass sie helfen, die psychische Gesundheit zu schützen und zu fördern, die Erholung zu beschleunigen und negative Auswirkungen psychischer Stressfaktoren zu lindern (Davydov et al., 2010). Wie jedes System ist Resilienz, wenn man eine große Personengruppe betrachtet ähnlich, dennoch gibt es erhebliche individuelle Unterschiede in den angeborenen oder angeeigneten Mechanismen, sowie darin, wie eine einzelne Person auf welchen Stressor reagiert (Davydov et al., 2010). Gleichzeitig betonen die Autoren, dass die Betrachtung von Resilienz nicht auf eine individuelle Ebene beschränkt werden darf, sondern ebenso eine Gruppenebene, wie Kultur und Gemeinschaft, sowie deren Interaktion beachtet werden muss (Davydov et al., 2010).

Multikausale Ansätze haben es geschafft, den Blick auf Resilienz um wichtige Aspekte zu erweitern und bedingen außerdem eine multidisziplinäre Sichtweise auf diese, ausgehend von beispielsweise der Psychologie, Medizin oder der Soziologie (Kolar, 2011). Eine solche Sichtweise ist zwar sehr wünschenswert, führt aber gleichzeitig zu unterschiedlichen Operationalisierungen in der aktuellen Resilienzforschung (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009). Auch innerhalb der einzelnen Disziplinen führen Unterschiede in Operationalisierungen und Definitionen von Resilienz zu verschiedenen Herangehensweisen (Tran, Glück, & Lueger-Schuster, 2013).

Um die kontroversen Ansichten zu verdeutlichen, dienen die folgenden vier Definitionsansätze zu Resilienz:

1. „Resilience is the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event ... to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning as well as the capacity for generative experiences and positive emotions” (Bonanno, 2004, S. 20–21).
2. „The ability to apparently recover from the extremes of trauma, deprivation, threat or stress is known as resilience” (Atkinson et al., 2009, S. 137).
3. „...resilience can be conceptualized as the extent to which individuals at genetic risk for maladaptation and psychopathology are not affected. ... Moreover, genes are equally likely to serve a protective function against environmental insults for some individuals” (Curtis & Cicchetti, 2003, S. 798).
4. „(Resilience is) the capacity of a system, community or society potentially exposed to hazards to adapt, by resisting or changing in order to reach and maintain an acceptable level of functioning and structure. This is determined by the degree to which the social system is capable of organizing itself to increase this capacity for learning from past disasters for better future protection and to improve risk reduction measures” (UNISDR, 2005).

Die ersten beiden Definitionen unterscheiden sich in ihrem Begreifen von Resilienz als Erholung oder als Aufrechterhaltung von psychischen und physischen Funktionen beim Erleben von widrigen Ereignissen. Die Erholung, auch oft als „bounce back“ bezeichnet, ist eine traditionelle Herangehensweise in der Resilienzforschung (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007). Basierend auf ihrer Widerstandsfähigkeit, gelingt es einer Person, nach Eintreten psychischer Belastung, durch das Erleben eines widrigen Ereignisses, sich zu erholen und die psychische Gesundheit wieder auf das vorherige Funktionsniveau zu bringen (Atkinson et al., 2009). Fokussiert wird vor allem auf die Fähigkeit der Umgestaltung und Anpassung einer Person (Atkinson et al., 2009).

Bonanno et al. (2007) setzt dieser Ansicht eine Definition entgegen, die davon ausgeht, dass resiliente Personen, die einem widrigen Ereignis ausgesetzt waren, zwar teilweise kurzfristige emotionale Dysregulationen erleben können, diese aber ihre psychische und physischen Funktionen kaum beeinträchtigen. Entsprechend sind sie fähig persönliche und soziale Verantwortungen sowie neue Aufgaben, auch nach dem Erleben belastender Ereignisse, zu übernehmen (Bonanno et al., 2007). Einige Autoren gehen

noch weiter und beschreiben ein psychologisches Wachstum, also eine positive Entwicklung trotz oder gerade aufgrund des Erlebens von Widrigkeiten (Atkinson et al., 2009).

Eine neuere Entwicklung der Resilienzforschung zeigen Curtis und Cicchetti (2003) in ihrer biologisch orientierten Definition von Resilienz auf. Ihrer Ansicht nach unterscheiden sich resiliente Individuen von solchen, die weniger resilient sind, durch bestimmte genetische, neurobiologische und hormonelle Verschiedenheiten. Diese biologische Perspektive kann nicht losgelöst von sozialen und psychologischen Faktoren betrachtet werden, da es besonders darum geht, biologische Grundlagen für diese Faktoren zu finden (Curtis & Cicchetti, 2003). Daraus folgernd halten die Autoren es für angemessen, Resilienz auf verschiedenen Ebenen innerhalb eines Systems zu erforschen, beklagen aber, dass die biologische Ebene zu wenig Beachtung findet (Curtis & Cicchetti, 2003).

Wie oben beschrieben reicht es nicht aus Resilienz ausschließlich am Individuum zu erklären, sondern Gruppenfaktoren könnten ebenfalls eine Rolle spielen (Davydov et al., 2010). Vermehrt gibt es Forschungen zu resilienzfördernden Faktoren spezifischer Personengruppen, wie beispielsweise Personen, die an Krebs erkrankt sind (Atkinson et al., 2009). Zudem wird der Begriff Resilienz häufiger in der Katastrophenforschung genutzt (Manyena, 2006). Ein Programm der United Nations, *The Hyogo Framework for Action 2005–2015*, definiert Resilienz auf Systemebene. Resilienz wird hier nicht auf das Individuum bezogen, sondern betrifft eine ganze Gruppe bzw. ein ganzes System (Manyena, 2006). Ein resilientes System, Gemeinschaft oder Gesellschaft ist, nachdem es Stress ausgesetzt war, in der Lage sich anzupassen und zu überleben, indem es einige Eigenschaften verändert und sich dadurch neu aufbaut. Diese Definition von Resilienz hat vor allem Auswirkungen auf die Verringerung von Risiken, die nach einer Katastrophe auftreten können. So versucht man Eigenschaften eines Systems zu identifizieren, die verändert werden können und beim Wiederaufbau desselben helfen (Manyena, 2006).

Resilienz kann unterschiedliche Dimensionen und Konstrukte integrieren (Tran et al., 2013). Jedoch führen die kontroversen Definitionsansätze zu Unklarheiten, welche den Versuch einer Operationalisierung erschweren (Manyena, 2006).

Forscherinnen und Forscher weisen auf Risiko- und Schutzfaktoren hin, die Resilienz beeinträchtigen bzw. fördern (Tran et al., 2013). Risikofaktoren beeinflussen den Umgang mit und die Folge von Stressoren. Sie können feststehend (Geschlecht) oder variabel (Alter) sein. Wenn eine Manipulation des Faktors das Risiko für ein bestimmtes Er-

gebnis beeinflusst, so gilt dieser als kausal. Geht der Faktor nicht dem Ergebnis voraus, wird er als Konsequenz oder Begleiterscheinung benannt (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen, & Kupfer, 1997; Tran et al., 2013).

Risiko- und Schutzfaktoren können ganz unterschiedlicher Art sein. Oft identifiziert wurden persönliche bzw. psychologische Faktoren, wie Hardiness, Selbstwert, Humor oder Religiosität (Bonanno et al., 2003; Connor, 2006; Connor, Davidson, & Lee, 2007; Tran et al., 2013). Risiko- oder Schutzfaktoren können auch in demographischen Daten verankert sein, wie Beziehungsstatus, Einkommen oder Bildung. Auch soziale Unterstützung gilt, wenn auch umstritten, als ein solcher Faktor (Bonanno et al., 2007; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Tran et al. 2013).

Besonders wenn eine Person widrigen oder potentiell traumatischen Lebensereignissen ausgesetzt ist, sind Risiko- und Schutzfaktoren von Bedeutung. Das Erleben von widrigen Lebensereignissen hat oft negative Konsequenzen für die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden zur Folge. Deshalb ging man lange davon aus, dass das gänzliche Ausbleiben von Widrigkeiten optimal sei. Heute aber beschreiben viele empirische Studien, dass beim Erleben solcher widrigen Erfahrungen unter mäßig erlebtem Stress sogar eine höhere Resilienz entwickelt werden kann (Rutter, 2006). Das Erleben von widrigen Lebensereignissen kann sich also auch positiv auf die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken, als auch Distress und Schmerz lindern. Dies bedeutet, dass ein geringer bis mäßiger Grad an Widrigkeiten die Tendenz zu einer resilienten Reaktion bei nachfolgenden Schwierigkeiten erhöhen kann; sei es bei wesentlichen Lebensereignissen oder alltäglichem Stress. Beispielsweise können physisch belastende Schmerzen oder Anforderungen am Arbeitsplatz beherrschbar anstatt überwältigend scheinen (Seery, 2011). Diese Wahrnehmung kann auf einer Reihe von Mechanismen beruhen. Dazu gehören eine generierte Belastbarkeit, eine erlangte Überlegenheit durch bereits erlebte Widrigkeiten, eine geförderte Kontrollwahrnehmung, der Glaube an die Fähigkeit für erfolgreiches Coping und der Ausbau von effektiver sozialer Unterstützung (Lyons et al., 2010). Ohne jegliche Erfahrung von Widrigkeiten haben diese Ressourcen kaum Gelegenheit sich zu entfalten. DiCorcia und Tronick (2011) zeigten, dass Kinder Resilienz im Umgang mit täglichem Stress am besten unter mäßig aufmerksamer Erziehung entwickelten. Frischvermählte Paare, welche einen mäßigen Grad an täglichem Stress erfuhren standen zukünftigem Beziehungsstress resilienter gegenüber als Paare,

welche mit weniger Alltagsstress konfrontiert waren. Die Paare zeigten einen starken Zusammenhalt, beispielsweise durch Fertigkeiten zur effektiven Problemlösung. Entscheidend war also das Anwenden von erfolgreichen Copingstrategien (Neff & Broadly, 2011).

Dem gegenüberstehend kann ein hoher Grad an Widrigkeiten, beim Erleben von potentiell traumatischen Ereignissen, Überforderung und Hilflosigkeit begünstigen. Im Angesicht der Tatsache, dass Erwachsene wenigstens ein traumatisches Erlebnis in ihrem Leben erfahren (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), leidet aber schlussendlich ein relativ geringer Anteil an den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (American Psychiatric Association, 2000). Lediglich 5 bis 10 % erleben nach einem potentiell traumatischen Erlebnis verzögerte Belastungsreaktionen (Bonanno, Rennicke, & Dekel, 2005). Es besteht eine beträchtliche Variabilität die Art, Schwere und Dauer eines potentiell traumatischen Erlebnisses betreffend (American Psychiatric Association, 2000). Schließlich kommt es bei etwa 5 bis 10 % der Betroffenen zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (Kessler et al., 1995). Einem Großteil der Betroffenen gelingt es das potentiell traumatische Erlebnis ohne Einbußen ihres Funktionsniveaus zu verarbeiten (Bonanno, 2004). Als häufigste Reaktion auf solche Erlebnisse wurde über viele Studien hinweg Resilienz beobachtet (McFarlane & Yehuda, 1996; Bonanno, 2005). Demnach galten 65 % im Großraum von New York nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 als resilient, wobei resiliente Personen höchstens ein Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Anschlag erfahren durften (Bonanno et al., 2005). Hieraus entwickelte sich eine Definition von Resilienz als Abwesenheit von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (Bonanno et al., 2007). In einer Studie von Bonanno et al. (2007), in der Resilienz auf diese Art definiert wurde, konnte aufgezeigt werden, dass Personen mit resilienten Eigenschaften eine gesunde Anpassung nach traumatischen Erlebnissen gelingt. Bereits in derselben Studie kritisierten Bonanno et al. (2007), ausgehend von einer multivariaten Analyse, dass der Begriff Resilienz nicht nur durch das Ausbleiben einer posttraumatischen Belastungsstörung definiert werden kann (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2007).

Andere Ergebnisse zeigen, dass Resilienz unter anderem mit einer geringen Anzahl an erlebten Traumata und einem Nichtvorhandensein von depressiven Symptomen assoziiert ist (Tran et al., 2013). Tran et al. (2013) untersuchten Resilienz und posttrauma-

tische Belastungsstörungen wiederum als komplementäre Phänomene und unterstreichen auch die Wichtigkeit eine strenge und klare Definition von Resilienz zu finden, welche eine zu große Überschneidung mit den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Zukunft unterbinden könnte (Tran et al., 2013).

In Anlehnung an die Forschungsarbeit von Tran et al. (2013) werden in dieser Arbeit Faktoren betrachtet, die Resilienz fördern und schützen. Zu diesen zählen die Autorinnen persönliche Charakteristika, wie positive Emotionen (Frederickson, 2004), Optimismus (Carver, Scheier, & Segerstorm, 2010), Humor (Connor, 2006), Emotionsregulation (Gross, 2002), Coping (Bonanno, 2004, Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thompson, & Wadsworth, 2001), Selbstwirksamkeit (Benight & Bandura, 2004) und Religiosität (Connor et al., 2007). Auch Umgebungsfaktoren, wie soziale Unterstützung (Sameroff, Gutman, & Peek, 2003) schließen die Autorinnen mit ein. Diese resilienzfördernden Faktoren verbessern die Fähigkeit mit widrigen Lebensereignissen umgehen zu können und sich spezifischen Umgebungen oder Situationen anzupassen (Tran et al., 2013).

Im Anschluss wird auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene genauer auf resilienzfördernde Faktoren eingegangen.

2.1.3. Biologische Faktoren (Jenny Koegel)

Relativ neu in der Resilienzforschung und noch sehr forschungsbedürftig sind Resilienz unterliegende biologische Prozesse. Es wird davon ausgegangen, dass biologische Reaktionen auf Stimuli, wie z.B. Stress, stark genetisch beeinflusst werden. Eine große Anzahl an Hormonen, Neurotransmittern und Neuropeptiden sind in diese psychobiologischen Antworten involviert. Durch Unterschiede in der Funktion, Balance und Interaktion dieser Faktoren entsteht eine interindividuelle Variabilität von Resilienz (Feeder, Nestler, & Charney, 2009).

Eine besonders wichtige Rolle spielt die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren (HPA) Achse. Als eine Reaktion auf Stress und Belastung wird im Hypothalamus das Corticotropin-Releasing Hormon (CRH) freigesetzt und aktiviert die HPA Achse. Diese wiederum reagiert mit einer erhöhten Freisetzung von Kortisol. Besonders frühe kritische Lebensereignisse gehen oft einher mit einem chronisch erhöhten Kortisolspiegel (Heim & Nemeroff, 2001). Verringerte Kortisol Abgabe, sowie eine besonders adaptive

CRH-Rezeptor Aktivität wird in Verbindung mit hoher Resilienz gebracht (Heim & Nemeroff, 2001). Im Bezug zur HPA Achse wurden des Weiteren Glucocorticoid-Hormone untersucht, welche in der Nebenniere produziert werden. Es konnte bisher ausschließlich bei Tieren festgestellt werden, dass jene, welche aktiv auf Bedrohungen in ihrer Umwelt reagieren (Feder et al., 2009), eine geringere Glucocorticoid Freisetzung aufweisen, als solche, die eher passiv auf Bedrohungen reagieren. Obwohl die Verbindung des biologischen Stressreaktionssystems bei Tieren zur Gesundheit und Resilienz bei Menschen sehr komplex ist, zeigt sich, dass auch beim Menschen diese beiden Persönlichkeitstypen (aktive vs. passive Reaktion) in Beziehung zu verschiedenen psychischen Störungen stehen. Dabei wird ein geringerer Glucocorticoid Wert in Zusammenhang mit hoher Resilienz gebracht (Feder et al., 2009).

Auf der Ebene der Neuropeptide ist das Neuropeptid Y (NPY) hervorzuheben. Dieses wird von der Amygdala aus gesteuert und begünstigt resiliente Reaktionen, indem es bei akuten Stresssituationen angstbesetzte Verhaltensweisen reduziert (Sajdyk et al., 2008). Das Protein BDNF zeigt ein erhöhtes Vorkommen im Nucleus Accumbens bei Personen, die chronischem Stress ausgesetzt sind (Feder et al., 2009). Diese Reaktion scheint kausal mit dem Grad an Resilienz, den eine Person aufweist, in Verbindung zu stehen, da resiliente Personen eine solche Steigerung des BDNF-Spiegels nicht zeigen (Feder et al., 2009).

Es wird vermutet, dass die genetische Grundlage von Resilienz unter anderem durch Variationen der Basenpaare eines DNA-Strangs innerhalb des Gens (FKBP5), welche mit Resilienz verknüpft werden, beeinflusst wird. Dieses Gen reguliert die oben beschriebenen Glucocorticoid Rezeptoren und je nach Variation konnte man Unterschiede in der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen bei Personen mit Missbrauchserlebnissen in der Kindheit feststellen (Binder et al., 2008). Gerade im genetischen Bereich der Resilienzforschung wird immer wieder die Gen-Umwelt-Interaktion genannt, die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Ebenen des biopsychosozialen Modells. In diesem Fall zwischen der biologischen und sozialen Ebene.

Derzeit besteht die Hypothese, dass epigenetische Veränderungen ergänzend auf die Resilienz einer Person wirken. Epigenetik bedeutet die Vererbung von Merkmalen, die nicht in der DNA-Sequenz festgelegt sind (Feder et al., 2009). Dabei erfolgen Veränderungen an Chromosomen, welche wiederum in ihrer Aktivität beeinflusst werden. Die

DNA Sequenz selbst wird aber nicht verändert. Epigenetische Veränderungen, die während der Hirnentwicklung auftreten, stellen eine Verhaltensvariabilität von Individuen her. Diese Veränderungen bereiten betroffene Arten besser auf eventuell auftretende Herausforderungen in der Umwelt vor und fördern damit Resilienz (Feder et al., 2009). Zum Schluss werden noch verschiedene neuronale Schaltkreise als ausschlaggebend für Resilienz genannt. Dazu gehören Schaltkreise des Belohnungssystems, der Furcht- sowie der Emotionsregulation (Feder et al., 2009).

Ausgehend von der individuellen genetischen Entwicklung einer Person, welche immer im Austausch mit der Umwelt zu betrachten ist, führt das biologische Modell von Resilienz weiter zu neurochemischen Funktionen, Reaktionen und zu neuronalen Schaltkreisen. Diese wiederum beeinflussen und werden beeinflusst von einer Reihe psychologischer Verhaltensweisen, welche für Resilienz ausschlaggebend sind. Die Interaktionen der verschiedenen Ebenen von Resilienz sind hier deutlich zu erkennen (Feder et al., 2009).

2.1.4. Psychologische/persönliche Faktoren (Theresa Hettl)

In der bisherigen Forschung konnten einige psychologische und personenspezifische Faktoren identifiziert werden, die für Resilienz förderlich sind. Zu diesen zählen unter anderem Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstbewusstsein, Emotionsregulation, Optimismus, Humor, positives Temperament, Coping und eine ausreichende Intelligenz (Olsson et al., 2003).

2.1.4.1. Selbstwirksamkeit

Allem voran wird besonders Selbstwirksamkeit als bedeutende resilienzfördernde Eigenschaft genannt (Benight & Bandura, 2004). Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bestehen im Glauben und der Erwartung, mit eigenen Fähigkeiten ein Ereignis erfolgreich bewältigen zu können. Eng verbunden mit Selbstwirksamkeitserwartungen ist ein positives Selbstkonzept, eine allgemeine gute Einstellung der eigenen Person gegenüber (Benight & Bandura, 2004). Den Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen als einen zentralen Moderator für die Bewältigung eines Traumas untersuchten Benight und Bandura (2004) bei verschiedenen traumatischen Ereignissen, wie Naturkatastrophen, Mili-

täreinsätzen oder Terroranschlägen. Da bei allen Situationen Selbstwirksamkeitserwartungen eine Moderatorfunktion für die Bewältigung der belastenden Erfahrungen aufzeigten, kamen sie zu dem Ergebnis, dass dieser Einfluss generalisiert werden kann. Haben Menschen hingegen kein Vertrauen in sich selbst, verringert sich auch die Wahrscheinlichkeit, sich nach einem negativen Ereignis wieder vollkommen zu erholen (Benight & Bandura, 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Heinrichs et al. (2005), die eine geringe Selbstwirksamkeit als Risikofaktor für posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Ängstlichkeit und allgemeine psychologische Morbidität einstufen.

2.1.4.2. Kohärenzgefühl und Hardiness

Das Kohärenzgefühl, das dem Vertrauen auf Vorhersagbarkeit von Ereignissen und dessen vernünftiger Entwicklung entspricht, besitzt ebenfalls eine protektive Wirkung zur Überwindung von belastenden Ereignissen (Kuwert et al., 2008). Kuwert et al. (2008) untersuchten ehemalige deutsche Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges bezüglich Lebensqualität und Kohärenzgefühl. Im Vergleich mit einer Probandengruppe, die keine Kriegssoldaten waren, zeigten sich keine Unterschiede in der Lebensqualität, jedoch hatten die ehemaligen Kindersoldaten deutlich höhere Werte im Kohärenzgefühl. Dies lässt vermuten, dass das Kohärenzgefühl förderlich für Resilienz sein kann. Pieter, Fröhlich und Klein (2011) stützten diese Annahme mit ihren Ergebnissen, die wesentlich geringere Werte im Kohärenzgefühl bei chronisch erkrankten Personen gegenüber gesunden Probanden zeigten.

Zu den resilienzfördernden Persönlichkeitsfaktoren wird auch das Konstrukt Hardiness gezählt. Diese besteht aus drei Dimensionen, das Engagement und die Identifikation mit bedeutenden Ereignissen, die Überzeugung, sein Umfeld und den Ausgang von Ereignissen bestimmen zu können und der Glaube, sowohl von positiven, als auch von negativen Erfahrungen lernen zu können (Bonanno, 2004). Verglichen mit Optimismus und Religiosität erwies sich Hardiness als ein wichtigerer Schutzfaktor gegenüber widrigen Lebensereignissen (Maddi, 2006). Zudem sieht Maddi (2006) das Konstrukt als Teil der positiven Psychologie, dem auch positive Emotionen angehören (Frederickson, 2004).

2.1.4.3. Positive Emotionen, Optimismus und Humor

Neben der positiven Einstellung zu sich selbst ist auch eine positive Einstellung gegenüber den Anforderungen im Leben für eine Förderung von Resilienz nötig. Dies spiegelt sich in den Forschungen von Frederickson (2004) zu positiven Emotionen wieder. In den zahlreichen Arbeiten wurde der protektive Einfluss von positiven Emotionen, zu denen Freude, Interesse, Zufriedenheit und Liebe zählen, aufgedeckt. Positive Gefühle können die internalen Ressourcen einer Person nachhaltig stärken und seine Handlungen und Denkweisen erweitern und aktivieren. Wohingegen negative Gefühle, wie Angst oder Verzweiflung, zu einer eingeschränkten Sichtweise führen und damit die wahrgenommene Bedrohung vergrößern. Diese Phänomene der Auswirkung-en der genannten positiven Emotionen werden in der *Broaden-and-Built-Theory of Positive Emotions* (Tugade & Frederickson, 2004) zusammengefasst. Die positiven Emotionen helfen Menschen dabei, ihre persönlichen Ressourcen nachhaltig zu stärken, was den eigenen intellektuellen Bereich genauso wie den physischen, sozialen und psychologischen Bereich betrifft. Durch ein möglichst breites Interesse, als auch eine starke Motivation erlangen Menschen eine positive Grundeinstellung, welche eine gute und rasche Überwindung von Krisen ermöglicht (Tugade & Frederickson, 2004). Frederickson, Tugade, Waugh und Larkin (2003) bestätigen diese Prämissen unter anderem bei ihrer Untersuchung an Personen, die die Terroranschläge vom 11. September auf das World Trade Center in New York miterlebten. Positive Emotionen stärkten hier die Resilienz von Personen, die infolgedessen weniger zu depressiven Verstimmungen neigten und eher posttraumatisches Wachstum zeigten.

Genauso wie positive Emotionen ist auch Optimismus für eine positive Lebenseinstellung von Bedeutung. Dieser wird seit Jahrzehnten als ein Schutzfaktor der menschlichen Psyche gesehen. Bereits 1992 gaben Scheier und Carver in einem Review einen Überblick darüber, wie sich eine optimistische Lebenseinstellung auf die Psyche und auf die Gesundheit eines Menschen auswirkt. Sie stellten durch die bisherigen Forschungen fest, dass Optimismus auf verschiedenen Wegen einen Menschen resilienter für widrige Lebenssituationen macht. Optimisten versuchen stets das Beste aus ihrer Situation zu machen, sind aktiver und suchen mit mehr Ehrgeiz nach Alternativen und Lösungswegen. Zudem weisen sie höhere Anpassungsfähigkeit auf, womit es ihnen leichter fällt,

Veränderungen oder neue Situationen zu akzeptieren. Pessimistische Personen empfinden ihr Leben hingegen als schwer und glauben, wenig Kontrolle darüber zu haben. Optimisten fühlen sich gut integriert im Leben und sind im Einsatz von Copingstrategien sehr flexibel und können daher einer Situation entsprechend reagieren. Der Optimismus befähigt Personen somit, adäquater mit Stress umzugehen und lässt sie ruhiger werden. Da sie nicht durch zusätzliche Sorgen belastet werden, sind sie wesentlich leistungsfähiger und erfolgreicher im Beruf. Auch zeigen Optimisten die Fähigkeit, längere und bessere Beziehungen zu führen (Carver, Scheier, & Segerstorm, 2010). Eine positive Einstellung hat ebenso direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit eines Menschen. Optimistische Menschen sind im Vergleich zu pessimistischen Menschen gesünder und werden älter, da sie weniger an altersbedingten Krankheiten leiden (Carver et al., 2010). Reuben, Rebecca und Moon-Ho (2012) konnten den moderierenden Einfluss von positivem Denken auf den Zusammenhang zwischen adaptiven Coping mit Aggression und Depressivität entdecken. Es zeigte sich, dass eine optimistische Einstellung eine präventive Wirkung gegenüber diesen beiden psychischen Symptomen hat.

Im Zusammenhang mit Optimismus sei auch der gesundheitsfördernde Einfluss des Humors und des Lachens erwähnt (Connor, 2006; Martin, 2004). Anhand einer österreichischen Stichprobe von Überlebenden des Zweiten Weltkrieges zeigten Tran et al. (2013) auf, dass psychologisch gesunde Probanden, trotz belastender Erfahrungen in der Vergangenheit, Stress auf eine humorvolle Weise entgegentreten. Somit konnte Humor als ein resilienzfördernder Faktor angenommen werden.

2.1.4.4. Emotionsregulation und Coping

Die positive Lebenseinstellung einer Person kann für die Reaktion auf belastende Lebensereignisse hilfreich sein, indem sie eine angemessene Emotionsregulation unterstützt. Für Resilienz ist es wichtig, die eigenen Emotionen in jeder Lebenslage regulieren zu können, dafür gibt es sowohl adaptive als auch maladaptive Strategien. Menschen, die ihre negativen Gefühle unterdrücken, stehen unter sehr hoher Anspannung (Gross, 2002). Werden sie dann zusätzlich mit einer Krise konfrontiert, haben sie sehr große Schwierigkeiten diese zu bewältigen, weil sie durch die Verdrängung der eigenen Emotionen nicht mehr ausgeglichen und flexibel sind. Um Resilienz zu fördern braucht es je-

doch Regulationsstrategien, die nicht zu größeren Belastungen führen. Zu diesen zählen unter anderem die kognitive Neu- und Umbewertung, welche dem problemzentrierten Coping sehr ähnlich sind (Gross, 2002). Es wird versucht eine emotionsauslösende Situation verändert einzuschätzen, sodass dessen Bedeutung und die darauf folgende emotionale Reaktion modifiziert werden können. Dabei kann man das Augenmerk auf drei verschiedene Aspekte richten. Erstens kann eine Person die persönliche Bedeutung der Situation verändern, zweitens kann die Bewertung der eigenen Fähigkeiten erneuert werden und drittens kann eine Person ihren persönlichen Bezug zur Situation verändern. Mit diesen Möglichkeiten gelingt es in einer adaptiven und gesunden Form mit Emotionen umzugehen (Gross, 2002). Durch die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen negativen Gefühlen gelingt es, sie besser und objektiver zu betrachten und letztendlich angemessen darauf zu reagieren. Diese Voraussetzung befähigt resiliente Menschen zu erhöhter Problemlösekompetenz und Stabilität in Krisensituationen (Gross, 2002). Depressivität führt hingegen zu Einschränkungen in der Emotionsregulation und verhindert somit eine angemessene Verarbeitung und Anpassung (Rottenberg, Kasch, Gross, & Gotlib, 2002).

Ein angemessenes Coping in Stresssituationen und bei belastenden Ereignissen wird von den bereits dargestellten positiven Emotionen, wie Humor und Optimismus, der Emotionsregulation und dem Glauben einer Person unterstützt (Tran et al., 2013). Dies verdeutlicht die enge Verflochtenheit der einzelnen persönlichen Faktoren, die resilienzförderlich sind. In der Forschung gibt es unterschiedliche Ansätze für die Bewertung der verschiedenen Copingstrategien. Compas et al. (2001) teilen die Strategien klar in einen hilfreichen und einen schädlichen Bereich auf. Diese Einteilung wird als übergreifend für alle Personen und alle Situationen gesehen. Zu den adaptiven Strategien zählen Compas et al. (2001) solche, die sich bewusst mit dem Problem und den Emotionen auseinandersetzen, wohingegen die maladaptiven solche Strategien sind, bei denen eine Person der Situation durch Vermeidung und Verdrängung entkommen möchte. Eine ähnliche Behauptung stellten auch Reuben et al. (2012) auf, die in ihrer Studie Mediatorfunktionen von resilienzfördernden Faktoren bei aktivem Coping fanden, jedoch keine Mediatorfunktion in Bezug auf Vermeidungscoping. Dabei werden die Ergebnisse mit der Sichtweise begründet, dass Vermeidungscoping und Resilienz zwei grundsätzlich kontroverse Bewältigungsstrategien darstellen.

Einige Befunde zeigten jedoch auf, dass diese klare Abgrenzung in adaptives und maladaptives Coping nicht immer zutrifft, denn auch Vermeidung kann in speziellen Situationen für bestimmte Personen hilfreich sein (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008). Nach Bonanno (2004) kann es in bestimmten Situationen auch durch Vermeidung, ein emotionsfokussierter Bewältigungsprozess, zu einer guten Anpassung kommen. Dieser Ansatz steht nicht nur der Teilung in adaptives und maladaptives Coping, sondern auch dem Konstrukt Hardiness kontrovers entgegen, bei dem Vermeidung als eine rein negative Reaktion angesehen wird. Bei der Beurteilung einer Copingstrategie muss stets der Kontext im Auge behalten werden, da keine universelle Bewertung möglich ist. Resilienz resultiert aus den positiven Auswirkungen der Anstrengungen einer Person, die durch angewendete Copingstrategien erzielt werden (Compas et al., 2001)

2.1.4.5. Intelligenz

Für die genannten Faktoren bedarf es allerdings einer gewissen intellektuellen Fähigkeit (Lyssenko, Rottmann, & Bengel, 2010), um diese entsprechend einsetzen und adaptieren zu können. Tran et al. (2013) gaben an, dass ein mittleres Bildungsniveau eine Erholung nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses erleichtert. Die Intelligenz sollte zumindest durchschnittlich ausgeprägt sein, um über Kompetenzen, wie Planungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit und Fähigkeiten in der Entscheidungsfindung zu verfügen (Lyssenko et al., 2010). Zudem ist es von Vorteil, wenn Menschen in Krisen eine kognitive Flexibilität aufweisen, um sich der neuen Situation anpassen zu können. Verfügt ein Mensch über diese Fähigkeiten, kann ihm dies auch bei der Prävention von chronischen Erkrankungen und Unfällen helfen (Gottfredson & Deary, 2004). Ausreichende intellektuelle Fähigkeiten verbessern die Anpassungsfähigkeiten einer Person und unterstützen dadurch die Bewältigung einer traumatischen Erfahrung.

2.1.4.6. Religiosität und Glaube

Die Akzeptanz von erfahrenen Ereignissen wird durch den Glauben und die Religiosität einer Person zusätzlich erleichtert. Diese Eigenschaft einer Person hat eine gesundheitsfördernde Wirkung im Umgang mit widrigen Lebensereignissen (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000). Religiosität gibt Menschen auf verschiedene Art und

Weise einen Sinn und Zweck für ihr Leben und den Umgang mit belastenden Lebensereignissen und fördert so die Gesundheit (Maddi, 2006). Im Zusammenhang mit Hardiness konnte innerhalb der Stichprobe amerikanischer Armee Offizieren Religiosität lediglich als Schutzfaktor identifiziert werden, wenn eine Person einen niedrigen Wert bezüglich Hardiness hatte. Waren diese Werte hingegen hoch, hatte der Glaube keine zusätzliche protektive Funktion (Maddi, 2006). Ní Raghallaigh und Gilligan (2010) untersuchten den Einfluss des Glaubens auf die Copingstrategien bei allein eingereisten, minderjährigen Asylbewerbern in Irland. Dabei zeigte sich, dass die Religiosität für diese Personen eine Beständigkeit darstellte, die ihnen half, mit den Problemen und dem Stress in ihrer Lage umzugehen. Durch die Sicherheit, die ihnen ihr Glauben gab, waren sie mehr dazu in der Lage, geeignete Copingstrategien anzuwenden. Sie zeigten auch auf, dass der Glaube auf weitere Reaktionsweisen einen Einfluss hat, wie etwa auf Misstrauen, Unabhängigkeit, Anpassung und eine positive Einstellung. Der Zusammenhang von Glauben mit guter Anpassungsfähigkeit und Resilienz, sollte nicht vernachlässigt werden (Ní Raghallaigh & Gilligan, 2010).

2.1.5. Soziale Faktoren (Sophie Roupetz)

Bei der Betrachtung von Resilienz als sozialökologisch abhängiges Konzept spricht Ungar (2011) von vier Prinzipien: *Dezentralität*, *Komplexität*, *atypische Resilienz* und *kulturelle Relativität*. Das Prinzip der *Dezentralität* stellt den Fokus der Umwelt in den Mittelpunkt. Wächst ein Kind beispielsweise unter widrigen Bedingungen auf, sind die Möglichkeiten des Umfelds, welche sich dem Kind bieten, für seine Entwicklung entscheidend. Die individuellen Ressourcen des Kindes, wie Humor oder Optimismus hängen also von der Kapazität seiner sozialen und physischen Umwelt ab, welche die Entwicklung und Anwendung von Fertigkeiten fördern kann (Wachs, 2006). In den folgenden Unterkapiteln wird das Prinzip der *Komplexität* in Verbindung mit dem Einfluss von Umweltfaktoren näher beschrieben. Die *atypische Resilienz* wird anhand von Genderbeispielen erklärt und der Einfluss von Kulturen auf Resilienz veranschaulicht die *kulturelle Relativität*.

In dieser Arbeit wird der Fokus vor allem auf den Einfluss von sozialer Unterstützung auf Resilienz gelegt, welche ebenfalls anschließend thematisiert wird.

2.1.5.1. Einfluss von Umweltfaktoren

Das *komplexe Zusammenwirken* vieler Faktoren macht es schwierig, kausale Rückschlüsse über Resilienz zu ziehen. Es müssen neben der Kapazität des Kindes, Vorteile aus gegebenen Möglichkeiten zu erkennen und der Kapazität der Umwelt, die Wachstumsphase des Kindes zu berücksichtigen, auch die interaktionale Gewöhnung von Kind und Umwelt und deren Veränderungsprozesse im Laufe der Zeit beachtet werden (Luthar et al., 2000). Externale Ressourcen, wie die Beziehung zu Peers oder Eltern als auch individuelle Qualitäten, wie Selbstwert, verändern sich durch gewisse Lebensumstände ebenso im Laufe der Zeit. Longitudinalstudien zeigen, dass Resilienz als komplexer Prozess verstanden werden muss: Charaktereigenschaften wie Selbstvertrauen sind nicht stabil, sondern reagieren auf die Umwelt, indem sie gestärkt oder geschwächt aus einer Konfrontation hervorgehen (Phelps et al., 2007).

Sameroff et al. (2003) fokussierten sich speziell auf umgebungsbedingte Faktoren wie innerfamiliäre Prozesse (die Unterstützung der Eltern zu mehr Autonomie), Familienstruktur, prosoziale und antisoziale Peers sowie die Gemeinschaft im Sinne von Nachbarschaft oder Schulklima. Je mehr Gefahren ein Kind ausgesetzt war, desto wahrscheinlicher hatte es persönliche Probleme. Umgekehrt konnte ein Kind, welches viele positive Aspekte des Lebens kannte, besser mit Gefahren umgehen. Der Umwelteinfluss auf ein Individuum ist nie der Gleiche, sodass Begünstigung in einem Kontext durchaus Gefahren in einem anderen Kontext bergen kann (Sameroff et al., 2003).

2.1.5.2. Genderbedingter Einfluss

Wang und Ho (2007) zeigten in einer qualitativen Studie eine *atypische Form von Resilienz*, bei Frauen, die in ihrer Partnerschaft höherem Gefahrenpotential ausgesetzt waren. In städtischen Gebieten Chinas wendeten jugendliche Mädchen vermehrt Gewalt als eine Art Coping gegen den kulturellen Geschlechterbias an, welcher eine Entmachtung am Beginn einer intimen Beziehung darstellte. Die Anwendung von Gewalt half ihnen also gegen negative Stereotypen der Partner standzuhalten (Wang & Ho, 2007). Erhöhte Risikosituationen, wie die Gewaltanwendung des Partners, können also neben

der Duldung der Lage unter anderem auch zum Gebrauch solcher atypischen Copingstrategien führen (Ungar, 2011).

Gender als kultureller Ausdruck unterliegt starken Schwankungen aufgrund sozialer Umgebungen. Beispielsweise zeigte ein Ländervergleich zwischen Bulgarien, Taiwan und den USA, dass es Unterschiede in der Wahrnehmung über eine positive Entwicklung von Schulkindern gab. Mädchen berichteten dass sie die meiste Zeit mit Aktivitäten, welche von den Eltern ausgewählt wurden, verbringen. Folglich hatten sie weniger Freizeit als Buben, erfuhren mehr Routine, lasen mehr und beteiligten sich hauptsächlich an organisierten Aktivitäten. Das half beim Erwachsen werden, ließ aber weniger Freiraum für Autonomie, welche in einigen Kulturen für Resilienz stand (Newman et al., 2007).

2.1.5.3. Kultureller Einfluss

Multilinguale Gemeinschaften und *Kulturen* forcieren die psychosoziale Gesundheit und sind damit von großer Bedeutung für einen resilienten Prozess (Ungar, 2011). Unter Kultur wird in diesem Zusammenhang die Manifestierung von Werten, Überzeugungen, Sprachen und Sitten innerhalb der Gruppe oder als Individuum verstanden (Wong, Wong, & Scott, 2006). Bei der Betrachtung von Resilienz als komplexes Konstrukt darf das Integrieren der verschiedenen Kulturen nicht fehlen. Abhängig von der sozialen Umgebung, in welcher Resilienz gemessen wird, können Ergebnisse die spezifischen Bräuche der lokalen Kultur oder global erlebte Erfahrungen widerspiegeln. Chen, DeSouza, Chen und Wang (2006) verglichen Schulkinder am Land und in der Stadt in China und zeigten, dass das Temperament eines Kindes als positiv oder negativ wahrgenommen werden kann, abhängig von der ihm kulturell zugeschriebenen Bedeutung. Durch den wirtschaftlichen Wandel hatte sich die Charaktereigenschaft Schüchternheit bei Kindern von einem geschätzten Merkmal für eine erfolgreiche Entwicklung zu einem Symbol für verzögerte Leistungskapazität im sozialen und akademischen Bereich entwickelt. Je ähnlicher die Vorstellung eines Kindes und die an das Kind gerichtet kulturellen Erwartungen waren, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind als resilient wahrgenommen wurde (Chen et al., 2006).

Davydov et al. (2010) beschrieben auch eine sogenannte *Gruppenebene* von Resilienz. Diese bezieht sich auf die externalen Ressourcen eines Individuums, wie die

kulturelle, nationale, soziale oder die Gemeinschaftsebene. Zu den Gruppenfaktoren zählen unter anderem Unterschiede in der Prävalenz von mentalen Funktionsstörungen zwischen verschiedenen Populationen, wie beispielsweise zwischen Ländern oder Gemeinschaften mit und ohne Migranten. Als Beispiel dient die niedrige Suizidrate von südasiatischen Männern höheren Alters in England und Wales im weltweiten Vergleich mit anderen Nationalitäten (McKenzie, Bhui, Nanchahal, & Blizard, 2008). Einem Bericht der WHO zufolge ist eine besonders niedrige Prävalenzrate von bestimmten psychischen Störungen in den teilweise ärmsten und am meisten benachteiligten Populationen der Welt vorzufinden. Gemeint sind damit Gegenden, in denen individuelle Risikofaktoren wie starke wirtschaftliche Probleme, ärmliche Wohnverhältnisse oder schlechte Chancen auf eine gute Ausbildung weit verbreitet sind (Demyttenaere et al., 2004). Zieht man eine hohe Suizidrate als Indikator für weniger stark ausgeprägte Resilienz heran, besteht die Notwendigkeit umweltbezogene Parameter in die Resilienzforschung zu integrieren, da es zu individuell unterschiedlichen resilienzfördernden Faktoren in verschiedenen Populationen und Kulturen kommt (Haefel & Grigorenko, 2007). Schwierig ist dabei die Zuordnung, ob ein speziell auftretender Resilienzfaktor bei ethnisch homogenen Gruppen auf dem sozialen Kontext, der gemeinsamen Kultur oder den genetischen Ressourcen beruht (McCormick et al., 2009).

Ying, Han und Wong (2008) fanden Unterschiede zwischen asiatisch-amerikanischen Erwachsenen, wenn sie aus Asien zugewandert oder schon in Amerika geboren waren. Asiatisch amerikanische Studienteilnehmer, welche in Amerika geboren wurden, berichteten eher über ethnischen Stolz als Immigranten. Während für Immigranten die Akkulturation Integration versprach, verwendeten in Amerika Geborene ihr kulturelles Erbe als alternative Identifikationsquelle und damit als Schutz vor ihrem Randgruppenstatus (Ying et al., 2008). Um eine positive Entwicklung trotz widriger Lebensumstände verstehen zu können, muss Resilienz als dualer Prozess verstanden werden, eingebettet in einem kulturellen Kontext. Neben der Fähigkeit des Individuums seine psychologischen, sozialen, kulturellen und physischen Ressourcen für das eigene Wohlbefinden zu stärken, muss die Fähigkeit, diese Ressourcen individuell und in Gemeinschaft anzuwenden und kulturell erleben zu können, bestehen (Ungar 2011).

2.1.5.4. Einfluss sozialer Unterstützung

In dieser Studie wird der Fokus auf die Vorhersagekraft von sozialer Unterstützung für Resilienz gelegt. Soziale Unterstützung wird im Allgemeinen mit Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Demnach sind Personen, welche kaum soziale Unterstützung erhalten, weniger resilient (Bonanno et al., 2007). In einer Longitudinalstudie wurden Überlebende, welche der schweren akuten respiratorischen Syndrom Epidemie in Hong Kong 2003 ausgeliefert waren, hinsichtlich ihres psychologischen Funktionsniveaus untersucht. Auch hier wurde Resilienz mit sozialer Unterstützung und wenig Sorgen über die Erkrankung assoziiert. Zudem wurden eher männlichen Studienteilnehmern resiliente Eigenschaften zugeschrieben (Bonanno & Mancini, 2008). Dennoch kann soziale Unterstützung nicht unumstritten zu den Schutzfaktoren gezählt werden. Beispielsweise können Beziehungsprobleme bei Personen mit Belastungsstörungen zu einer geringeren sozialen Unterstützung führen (Taft, Watkins, Stafford, Street, & Monson, 2011). Demnach wäre soziale Unterstützung dann eher ein Anzeichen, dass keine post-traumatische Belastungsstörung vorliegt, und kein Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer solchen Erkrankung (Tran et al., 2013).

Soziale Unterstützung wird in Anlehnung an verschiedene Studien (Bonanno et al., 2007; Sameroff et al., 2003) in dieser Arbeit als Schutzfaktor angenommen.

2.1.6. Messbarkeit von Resilienz (Sophie Roupetz)

Der wachsende Fokus auf Gesundheitsförderung und Wohlbefinden anstelle von Pathologie und Problemorientierung definiert Resilienz als einen Teil von Gesundheit neu. In klinischen Behandlungsansätzen findet Resilienz noch wenig Beachtung und soweit orientieren sich die meisten konventionell therapeutischen Untersuchungen hauptsächlich an der Messung von Morbiditäten, wenn auch Faktoren zu Lebensqualität mitunter erhoben werden (Connor & Davidson, 2003). Eine Vielzahl von Skalen zur Messung von Resilienz hat weder Zugang zur allgemeinen noch zur spezifischen Population gefunden. Darunter leidet die Generalisierbarkeit der Verfahren und so befindet sich die Messung von Resilienz noch am Beginn ihrer Entwicklung. Sie ist vor allem auf weitere Validierungsarbeit angewiesen. Auch die Komplexität von Resilienz, welche zu beachtlichen Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer operationalisierten Definition geführt hat, ist

bekannt. Verschiedene Ansätze zur Messung von Resilienz haben zu einer Inkonsistenz betreffend potentieller Risiko- und Schutzfaktoren sowie Schätzungen zu Prävalenz geführt (Luthar et al., 2000). Um die Qualität von Daten gewährleisten zu können, sind zuverlässige und valide Messinstrumente bei der Evaluierung von Interventionen zur Verbesserung der Resilienz unabdingbar (Windle, Bennett, & Noyes, 2011). Windle et al. (2011) überprüften die psychometrische Genauigkeit von Größenwertskalen zu Resilienz, die für allgemeine und klinische Populationen entwickelt wurden. Bei einem Vergleich von fünfzehn Messinstrumenten zeigten die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), die Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003) und die Brief Resilience Scale (Smith, Dalen, Wiggings, Tooley, Christopher, & Bernard, 2008) die besten psychometrischen Voraussetzungen. Allerdings ist die Vielzahl an konzeptuell und theoretisch mit eingeschlossenen Skalen zu hinterfragen. Die meisten Messinstrumente zu Resilienz haben ihren Fokus lediglich auf der individuellen, personalen Ebene. Beispielsweise beziehen sich Items der Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008) unter anderem auf das Copingverhalten einer Person. Antwortmöglichkeiten, wie *ich komme recht sorglos durch schwere Zeiten*, beziehen sich dabei auf die Individualebene. Neben der personalen Ebene sind aber auch Ressourcen durch die Familien- und Gemeinschaftsebene bedeutend. Die Entwicklung von geeigneten Messinstrumenten, die Resilienz auf mehreren Ebenen betrachten, liefert sowohl einen Ansatz zur Operationalisierung von Resilienz als auch einen dynamischen Prozess zur Anpassung an gegebene Widrigkeiten (Olsson et al., 2003).

Kaum eine Skala konnte bisher an breiter Akzeptanz gewinnen und sich in der Prioritätenliste ganz oben einreihen. Diesem Gedanken folgend setzten sich Connor und Davidson (2003) zum Ziel ein valides und reliables Messinstrument zur Quantifizierung von Resilienz zu entwickeln; die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Sie sollte Referenzwerte für Resilienz in der allgemeinen Population sowie in klinischen Stichproben etablieren und eine Beurteilung der Modifikation von Resilienz nach einer pharmakologischen Behandlung ermöglichen (Connor & Davidson, 2003). Das Interesse der Autoren wurde unter anderem durch die Tatsache geweckt, dass Resilienz bei der Behandlung von Angst, Depression oder Stressreaktionen relevant ist (Connor et al., 1999).

Die Autoren wollten einen Nutzen ihrer Skala in drei Bereichen erzielen: Sie sollte in der pharmakologischen Intervention und der klinischen Praxis Anklang finden. Außer-

dem sollte sie bei der Erforschung von adaptiven und maladaptiven Copingstrategien zum Einsatz kommen sowie Hilfe leisten beim Screening von Personen, die sich zu viel Stress zumuten (Connor & Davidson, 2003).

Der Inhalt der Skala bezieht sich auf zahlreiche Quellen. So etwa wurden Items wie reflektierende Kontrolle, Commitment und der Umgang mit herausfordernden Veränderungen aus dem Konzept der Hardiness von Kobasa (1979) inkludiert. Einflüsse aus Rutters Arbeit (Rutter, 1985) sind beispielsweise das zielgerichtete Entwickeln einer Strategie, Handlungsorientierung, ein starkes Selbstwertgefühl, Problemlösefähigkeit im sozialen Bereich, ein humorvoller Umgang mit Stress oder frühere Erfolgs- und Leistungserlebnisse. Items von Lyons (1991) sind die Einschätzung der Geduld einer Person und die Fähigkeit Stress oder Schmerz auszuhalten. Als Quelle diente auch eine heroische Expedition von Sir Edward Shackleton in die Antarktis 1912. Man sprach dem Expeditionsleiter einige, für Resilienz bedeutende persönliche Eigenschaften zu, welche möglicherweise zum erfolgreichen Überleben der Expeditions Mannschaft beigesteuert haben (Alexander, 1998). Allen voran schienen die Faktoren Glaube und Optimismus für das Überleben wichtig, welche auch in die CD-RISC integriert wurden. Der Zusammenschluss dieser Charakteristiken sollte eine umfassende Messung von Resilienz ermöglichen (Connor & Davidson, 2003).

Die CD-RISC umfasst 25 Items, welche anhand einer fünfstufigen Skala beantwortet werden: (1) = *trifft überhaupt nicht zu*, (2) = *trifft eher nicht zu*, (3) = *weder noch*, (4) = *eher zutreffend*, (5) = *trifft voll und ganz zu*. Die Skala bewertet das Empfinden einer Person innerhalb des letzten Monats. Das Gesamtergebnis reicht von 0-100, wobei hohe Werte für eine hohe Resilienz sprechen. Unter Resilienz wurde hier die Fähigkeit eines erfolgreichen Umgangs mit Stress verstanden, welche wiederum als wichtiges Behandlungsziel von Angst, Depression und Stressreaktionen gilt (Connor et al., 1999). Insgesamt wurde das Verfahren an sechs Gruppen getestet, nämlich an der allgemeinen Population, an der ambulanten Primärversorgung, an psychiatrischen Ambulanzen, an Personen mit einer allgemeinen Angststörung und an Teilnehmern zweier klinischer Studien zu posttraumatischen Belastungsstörungen. Neben der Evaluierung der Reliabilität, Validität und der faktorenanalytischen Struktur der Skala wurden auch die Referenzwerte der Skala berechnet. Die interne Konsistenz (Cronbach's α) der gesunden Population lag bei .89. Auch die Mittelwerte der Test-Retest Reliabilität konnten zu beiden Erhebungs-

zeitpunkten eine hohe Übereinstimmung aufweisen. Es zeigten sich gute psychometrische Voraussetzungen und die Faktorenanalyse ergab fünf Faktoren, wobei der erste Faktor der Kompetenz und Zuverlässigkeit einer Person entsprach. Den eigenen Instinkten zu vertrauen, negative Affekte zu tolerieren, sowie die Einschätzung, dass Stress kräftige, definierte den zweiten Faktor. Der dritte Faktor bezog sich auf das positive Akzeptieren von Veränderungen und sichere Beziehungen. Kontrolle stand in Zusammenhang mit dem vierten Faktor und spirituelle Einflüsse mit Faktor fünf. Die Berechnung einer ANOVA mit Messwiederholungen zeigte, dass erhöhte CD-RISC Werte mit einem Behandlungserfolg einhergingen. Schlussendlich ging aus der Überprüfung des Verfahrens hervor, dass Resilienz quantifizierbar ist und von dem aktuellen Gesundheitsstatus einer Person beeinflusst wird. Demnach haben Individuen mit einer psychischen Erkrankung eine geringere Resilienz als Teilnehmer der Stichprobe der allgemeinen Population. Zudem ergaben die Gruppenvergleiche, dass Resilienz modifizierbar ist und durch Behandlung verbessert werden kann. Je höher die Resilienzwerte waren, desto höher waren auch die Werte im Allgemeinbefinden (Connor & Davidson, 2003).

Auch Campbell-Sills und Stein (2007) überprüften in ihrer Studie die psychometrischen Voraussetzungen der CD-RISC als auch ihre Faktorenstruktur, welche an drei Teilstichproben getestet wurde. An zwei der Stichproben wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt, während an der dritten Stichprobe eine konfirmatorische Faktorenanalyse angewendet wurde. Die exploratorische Faktorenanalyse zeigte eine instabile Faktorenstruktur der CD-RISC bei zwei demographisch äquivalenten Teilstichproben. Eine Reihe von empirisch geprüften Modifikationen der Originalskala resultierte in einer 10 Items umfassenden Kurzversion der CD-RISC, welche eine gute interne Konsistenz und eine gute Konstruktvalidität zeigte (Campbell-Sills & Stein, 2007).

Bis heute hat sich die CD-RISC in ihrer langen als auch kurzen Version in vielen Studien als valides Messinstrument etabliert (Windle et al., 2011), so findet es auch in dieser Arbeit Verwendung.

2.1.7. Resilienz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Theresa Hettl)

Es ist unumstritten, dass es bezüglich widriger Lebensereignisse und -erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben erfährt, große interindividuelle Unterschiede gibt. Je-

doch wird jeder früher oder später mit einem kritischen Lebensereignis konfrontiert, sei es der Tod eines nahestehenden Menschen, eine Krankheitsdiagnose, eine Scheidung oder eine andere belastende Erfahrung.

Die Untersuchungen des Resilienz-Projekts konzentrieren sich auf Patientinnen- und Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen, da diese einer kontinuierlichen und nicht revidierbaren Belastung ausgesetzt sind. Das *Shifting Perspectives Model of Chronic Illness* (Paterson, 2001) verdeutlicht die andauernden emotionalen und psychischen Schwankungen, die ein Mensch in Bezug auf seine chronische Erkrankung empfindet. Es besteht ein ständiger Wechsel bezüglich des Fokus auf die Erkrankung und den damit einhergehenden negativen Konsequenzen und Aspekten von Gesundheit und deren bestmögliche Ausschöpfung für den eigenen Alltag. Das Modell zeigt auf, wie ambivalent der Umgang mit chronischen Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten sein kann. Dabei bestehen nicht nur interindividuelle, sondern auch intraindividuelle Unterschiede, die Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben. Dieselben Schwankungen zeigten sich auch bei einer Stichprobe von Kralik (2002), die über den Zeitraum eines Jahres weiblichen Patientinnen auf deren Umgang mit der chronischen Erkrankung nach Erhalt der Diagnose untersuchte. In Form von Interviews berichteten die Frauen über ihr Leben mit der chronischen Erkrankung. Durch eine gezielte qualitative Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich die Frauen nach der Diagnose zuerst als sehr emotional aufgebracht und hilflos sahen. Nach einer gewissen Zeitspanne gelang es ihnen, die Krankheit als Teil ihres Lebens zu sehen und sich damit zu arrangieren. Jedoch ist dies kein linearer Verlauf. Die Patientinnen berichteten, dass es zu regelmäßigen Schwankungen zwischen Verzweiflung und Akzeptanz komme. Somit müssen sie sich immer wieder aufs Neue mit ihrer Krankheit konfrontieren, um weiterhin ein, den Umständen entsprechend, gutes Leben führen zu können.

Daher hat Resilienz in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung für die Lebensqualität von Personen mit chronischen Erkrankungen. Die Art des Umgangs und der Bewältigung der Krankheit bestimmt maßgeblich, inwiefern betroffene Personen trotzdem ein gutes Leben führen können. Kralik, van Loon und Visentin (2006) fanden in einer Längsschnittstudie von Personen mit chronischen Erkrankungen heraus, dass die Anpassung an die neue Lebenssituation eine der wichtigsten Faktoren ist, um weiterhin ein gutes Leben führen zu können. Dies wird durch die Resilienz eines Menschen erleichtert,

genauso wie der Umgang mit den drastischen Veränderungen im Leben durch die funktionellen Einschränkungen im Alltag.

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts fokussieren daher auch auf diese Personengruppen. Frau Theresa Hettl konzentrierte sich auf Personen mit chronischen Rückenschmerzen, Frau Sophie Roupetz auf Personen mit Diagnosen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Morbus Chron und Colitis ulcerosa. Die aktuelle Autorin (Jenny Koegel) fokussierte Personen mit Multipler Sklerose.

2.2. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose ist eine neurologische Erkrankung, die vor allem in westlichen Kulturen verbreitet ist. Derzeit geht man davon aus, dass es sich um eine Autoimmunerkrankung handelt. Bei einer solchen Erkrankung richtet sich das Immunsystem gegen den eigenen Körper. Man unterscheidet grob drei Verlaufsformen, einen schubförmigen, und zwei chronisch-progrediente Verläufe. Die Symptome der Multiplen Sklerose können sehr unterschiedlicher Art sein, je nachdem, wo körpereigene Zellen angegriffen werden (Buchinger, 2005; Hoffman & Schmidt, 2006).

2.2.1. Symptome

Die entzündlichen „Herde“, wie sie bei Multiple Sklerose Patientinnen und Patienten im zentralen Nervensystem auftreten, können sich an den unterschiedlichsten Lokalisationen befinden. Aus diesem Grund ist die Symptomatik mannigfaltig, je nachdem, wo der Myelinzerfall stattfindet. Es gibt kein Symptom, das für Multiple Sklerose typisch oder spezifisch wäre, sondern eine Kombination verschiedener Symptome lässt häufig eine Erkrankung an Multipler Sklerose vermuten (Hoffmann & Schmidt, 2006). Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieb Jean-Martin Charcot eine derartige Kombination von Symptomen, die bei Personen mit Multipler Sklerose häufig auftritt, die sogenannte Charcot-Trias. Diese umfasst das Zittern der Arme beim Ergreifen von Gegenständen (Intentionstremor), eine Artikulationsstörung beim Sprechen (Dysarthrie) und zuckende Augenbewegungen (Nystagmus) (Steck, Hartung, & Kieseier, 2003). Noch heute wird die Charcot-Trias teilweise zu diagnostischen Zwecken genutzt. Man geht davon

aus, dass ungefähr 25 % aller Erkrankten solche Symptome zeigen (Hoffmann & Schmidt, 2006).

Häufige Symptome dieser Krankheit sind außerdem Missempfindungen, Schmerzen und Gliedmaßenschwäche z. B. an den Händen und Füßen, Sehstörungen und Doppelsehen, wobei es oft zu einer Sehverschlechterung im Verlauf kommt. Des Weiteren kann es zu Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen sowie zu Artikulationsstörungen kommen. Ebenso typisch sind Miktionsstörungen, wobei hier ein zunächst imperativer Harndrang vorliegt, der später häufig zur Harninkontinenz führt. Außerdem können Sexualfunktionsstörungen und psychische Störungen typischerweise im Zusammenhang mit Multipler Sklerose auftreten. So kann es zu einer allgemeinen emotionalen Labilität kommen, aber auch zu Depressionen und vor allem im späteren Verlauf zu einer Minderung intellektueller Leistungsfähigkeiten, sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Hoffmann & Schmidt, 2006). Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten beschreiben sogenannte Lhermitte-Nackenbeugezeichen. Dies wird wie ein elektrischer Schlag beim Nackenbeugen empfunden und gilt als besonders typisches Symptom der Multiplen Sklerose. Es kann aber auch bei anderen Erkrankungen des Rückenmarks auftreten, welche daher ebenfalls differentialdiagnostisch abzuklären sind (Hoffmann & Schmidt, 2006).

2.2.2. Verlaufsformen

Grob ist der Verlauf von Multipler Sklerose in einen schubförmigen und einen chronisch-progredienten Verlauf einzuteilen. Allgemein anerkannt und immer wieder bestätigt sind derzeit die drei folgenden Verlaufsformen (Hoffmann & Schmidt, 2006):

1. Der schubförmige Verlauf: Es kommt zu klar erkennbaren Schüben. Nach dem Durchlauf dieser kann es zur vollständigen Remission oder zu dem Verbleib von Residuen, also einer bleibenden körperlichen Verschlechterung, kommen. Zwischen den Schüben kommt es zu keiner Krankheitsprogression.
2. Der primär chronisch-progrediente Verlauf: Es kommt von Krankheitsbeginn an zu einer voranschreitenden Verschlechterung der körperlichen Gesundheit. Gelegentlich kann es allerdings zu geringfügiger Verbesserung kommen.

3. Der sekundär chronisch-progrediente Verlauf: Hier kommt es bei Krankheitsbeginn zu einem schubförmigen Verlauf, welcher gefolgt wird von einer progredienten Verschlechterung. Auch hierbei kann es zu geringfügigen Remissionen kommen.

2.2.3. Epidemiologie

Bei der Mehrzahl der an Multipler Sklerose erkrankten Patientinnen und Patienten wird diese Diagnose zwischen ihrem 20. und 40. Lebensjahr gestellt. Oft sind diese Personen aber schon sehr viel länger an Multipler Sklerose erkrankt. Da viele Symptome auch bei anderen Krankheiten vorkommen können und die Erkrankung oft schleichend ist, liegt zwischen dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns und dem Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose zum Teil eine Zeitspanne von mehreren Jahren. Aufgrund dessen wird auch von einer hohen Anzahl undiagnostizierter Multipler Sklerose Patientinnen und Patienten ausgegangen. Frauen erkranken mit einem Verhältnis von ungefähr 2:1 häufiger als Männer, wobei die Gründe für diesen Geschlechtsunterschied ungeklärt sind (Hoffmann & Schmidt, 2006).

Weltweit ist die Verteilung von Multipler Sklerose sehr ungleich, so schwankt die Prävalenzrate zwischen 1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und 309 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Hoffmann & Schmidt, 2006). Regionen mit einem hohen Erkrankungsrisiko sind derzeit Europa, Nordamerika und Australien. Die Prävalenzrate in Deutschland liegt bei ca. 150:100.000 und man schätzt, dass derzeit ca. 120.000-140.000 Personen in Deutschland an Multipler Sklerose erkrankt sind (Hoffmann & Schmidt, 2006; Wehner, 2012). Für Österreich wird die Prävalenzrate auf 148:100.000 Einwohnerinnen und Einwohner geschätzt. Daraus errechnet sich, dass zurzeit ca. 12.500 Menschen in Österreich an Multipler Sklerose leiden (Thalhammer, 2011).

2.2.4. Ätiologie

Man geht derzeit davon aus, dass es sich bei der Multiplen Sklerose um eine Autoimmunerkrankung handelt. Dabei werden körpereigenes Gewebe oder Organe als Fremdkörper fehlerkannt und angegriffen (Buchinger, 2005). Es wird vermutet, dass da-

bei das Immunsystem sowohl von Faktoren, die innerhalb einer Person liegen, sowie von äußeren Faktoren beeinflusst wird. Beispiele hierfür sind Emotionen oder Stress. Das Immunsystem und dessen Zusammenhang zu psychologischen Faktoren spielt bei jeder Person eine wichtige Rolle, besonders aber bei Personen mit Autoimmunerkrankungen (Birbaumer & Schmidt, 2006).

Der Verdacht der spezifischen Autoimmunreaktion bei Multipler Sklerose konzentriert sich auf aktivierte T-Zellen (Antikörper), die über die Blut-Hirn-Schranke in das Gehirn und das Gewebe der Markscheiden eindringen. Die Antikörper greifen hier an unterschiedlichsten Lokalisationen körpereigene Zellen an und bewirken eine Entzündung und damit eine Schädigung des Myelins (Buchinger, 2005). Dieses spielt eine entscheidende Rolle bei der Reizübertragung aktivierter Nervenzellen. Durch das angegriffene Myelin können bei an Multipler Sklerose erkrankten Patientinnen und Patienten an entsprechenden Zellen keine Reizübertragungen stattfinden, und es kommt zu der oben aufgeführten Symptomatik. Ungeklärt ist bisher, wie es zu der Schrankenstörung kommt, d.h. wie es den T-Zellen gelingt über die Blut-Hirn-Schranke zu gelangen, da dies normalerweise für diese Zellen nicht möglich ist (Buchinger, 2005). Außerdem erhöhen infektiöse Krankheiten, wie Masern, Röteln, Grippe etc., das Risiko an Multipler Sklerose zu erkranken. Man vermutet, dass die Antikörper, die gegen die jeweilige Krankheit gebildet werden, zu einem späteren Zeitpunkt wieder aktiviert werden und aufgrund einer Fehlerkennung nun das Myelin gesunder körpereigener Zellen angreifen (Schmidt & Hoffmann, 2006).

Familiäre Häufungen, die für eine genetische Prädisposition sprechen würden, sind immer wieder zu finden. Es gibt allerdings keine Belege, dass die Krankheit tatsächlich durch eine Veränderung der Erbstruktur entsteht. Ebenso könnte ein gehäuftes Auftreten auf die gleiche Umweltexposition zurückgeführt werden (Buchinger, 2005).

2.2.5. Therapie

Es gibt zwei Formen von Therapien, die bei einer Erkrankung an Multipler Sklerose besonders häufig verwendet werden. Zum einen gibt es den ätiologischen Therapieansatz, der sich an der aktuellen Forschung orientiert. Es werden hier im Rahmen einer Langzeittherapie immunmodulierende und immunsuppressive Medikamente verabreicht,

die zu einer verminderten Aktivität der zytotoxischen T-Zellen, also gewebeschädigender Zellen, führen soll (Buchinger, 2005).

Zum anderen gibt es die Therapieform, die direkt an den Symptomen ansetzt. Hier wird versucht die Entzündungsreaktionen, z.B. im akuten Schub, zu lindern. Dafür werden synthetisch hergestelltes Cortison und Cortisol verabreicht (Buchinger, 2005).

2.2.6. Resilienz im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden

Patientinnen und Patienten, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, berichten im Vergleich zur Allgemeinpopulation über eine niedrigere Lebensqualität und eine schlechtere psychische Funktionsfähigkeit (McCabe & O'Connor, 2012). Die Erkrankung bricht zumeist im frühen Erwachsenenalter aus und begleitet die Personen so fast ihr gesamtes Leben. Abgesehen von mannigfaltigen körperlichen Einschränkungen, die bei Multipler Sklerose oft auftreten, geht mit Ausbruch der Erkrankung eine drastische psychosoziale Veränderung einher. Es kommt zu Einschränkungen in der Unabhängigkeit und Autonomie der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig berichten erkrankte Personen, sich in ihrer Würde verletzt zu fühlen (Mitchell, Benito-León, González, & Rivera-Navarro, 2005). Ein besonders wichtiger Faktor, den viele an Multipler Sklerose erkrankte Personen als stark beeinträchtigend empfinden, ist der Einfluss auf deren Zukunftspläne. Der oben erwähnte häufige Beginn im frühen Erwachsenenalter, sowie der unvorhersehbare und unsichere Verlauf von Multipler Sklerose und die Tatsache, dass derzeit keine Form der Heilung bekannt ist, verändert die Zukunftsplanung meist massiv. Beispielsweise haben viele Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose den Wunsch eine Familie zu gründen. Ungefähr 70 % der nicht-betreuten an Multipler Sklerose erkrankten Personen sind arbeitslos und etwa bei der Hälfte dieser Personen konnte man feststellen, dass sie in Folge der Erkrankung ihre Arbeit verloren oder aufgaben (Mitchell et al., 2005; Pakenham & Fleming, 2011). Diese Formen der chronischen Belastung fordern von Personen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, Anpassung an ihre neue Situation, sowie die Fähigkeit mit der Belastung umgehen zu können. Verschiedene resilienzfördernde Faktoren erleichtern sowohl die Anpassung als auch den Umgang mit chronischer Belastung. Dies entspricht der Definition der Autorin von Resilienz (siehe Kapitel 1.1.2.: Kontroversen der aktuellen Resilienzforschung).

Demnach ist die geringere Lebensqualität und psychische Funktionsfähigkeit nicht universell bei allen Betroffenen gleich, sondern variiert in ihrer Ausprägung von Person zu Person stark, je nach Grad der Anpassung an die Erkrankung. Uneinigkeit herrscht darüber, inwieweit die psychische Anpassung mit dem Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung zusammenhängt. So finden sich sowohl Studien, die eine schlechtere Krankheitsanpassung bei höherer körperlicher Beeinträchtigung bestätigen, als auch solche, bei denen sich die Anpassung als unabhängig von der körperlichen Verfassung zeigte (Goretti, Portaccio, Zipoli, Razzolini, & Amato, 2010). Auch McCabe und O'Connor (2012) konnten in ihrer Studie keine Unterscheidung positiver und negativer Anpassung abhängig vom physiologischen Schweregrad der Erkrankung treffen. Einigkeit herrscht in der Literatur aber darüber, dass der Grad der Anpassung, der einer an Multipler Sklerose erkrankten Person gelingt, individuell unterschiedlich und abhängig von dem Grad an Resilienz ist. Diese Widerstandsfähigkeit ist, wie oben bereits ausgeführt wurde, multifaktoriell und kann bei einzelnen Personen in unterschiedlicher Art und Weise auftreten (Goretti et al., 2010; McCabe & O'Connor, 2012; Pakenham & Fleming, 2011). Die Fähigkeit sich an die neuen Umstände und Lebensbedingungen zu gewöhnen, scheint unter anderem stark von der sozialen Unterstützung beeinflusst zu werden. McCabe & O'Connor (2012) stellten fest, dass es Personen, die von einer guten sozialen Unterstützung berichteten besser gelang sich an die neue krankheitsbedingte Situation anzupassen. Als unterstützende Variable spielt hierbei auch die Akzeptanz der Erkrankung der erkrankten Person selbst und ihrer Umgebung eine wichtige Rolle. Es entsteht eine positive Wechselwirkung, wobei sich die Akzeptanz der erkrankten Person genauso positiv auf das soziale Umfeld auszuwirken scheint wie andersherum (McCabe & O'Connor, 2012).

Weitere Prädiktoren für eine resiliente Reaktion, welche sich durch eine positive Krankheitsanpassung zeigt, ist eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung sowie ein erhöhtes Kontrollgefühl gegenüber der Erkrankung (McCabe & O'Connor, 2012). Neben diesem zeigen Personen mit gutem Krankheitsumgang auch immer wieder höhere Werte in einer optimistischen Lebenseinstellung und in der Copingstrategie. Sensemaking (Sinnstiftung). Hierunter versteht man das Strukturieren von Ereignissen und Erlebnissen zu sinnvollen Einheiten (McCabe & O'Connor, 2012; Pakenham & Fleming, 2011).

Eine besonders erschwerende Bedingung, die zu einer weniger resilienten Krankheitsbewältigung führen kann, sind kognitive Beeinträchtigungen. Im Vordergrund stehen hier vor allem Einschränkungen in der Aufmerksamkeit und in den exekutiven Funktionen (Goretti et al., 2010).

Zusammenfassend zeigen Personen die über eine größere Anzahl von resilienzfördernden Faktoren berichten in der Regel eine positivere Krankheitsanpassung, wobei die Quellen der Resilienz individuell stark unterschiedlich sind, dass heißt die oben genannten Resilienzfaktoren sind zwar hinreichend, aber nicht notwendig. Die Forschung über Resilienz bei an Multipler Sklerose erkrankten Menschen ist deshalb so wichtig, da eine durch hohe Resilienz bedingte positive Krankheitsanpassung zu einem erhöhten psychischen Wohlbefinden führt. Dies bedeutet gleichzeitig, dass sich bei einer negativeren Anpassung, bedingt durch den Zugang zu weniger resilienzfördernden Faktoren, typischerweise verschiedene psychischen Erkrankungen zeigen, die die Lebensqualität der Personen stark beeinflussen (McCabe & O'Connor, 2012).

2.2.7. Depression und Fatigue

Die Auswirkungen einer negativen Anpassung an die Erkrankung im Zusammenhang mit weniger stark ausgeprägter Resilienz zeigen sich häufig in einem geringeren psychischen Wohlbefinden der betroffenen Personen. Besonders häufig leiden diese Personen unter Depressionen, welche wiederum ein wichtiger Prädiktor für die wahrgenommene Lebensqualität ist (Bodini et al., 2008). Patientinnen und Patienten, bei denen Multiple Sklerose diagnostiziert wurde leiden häufiger an Depressionen als Personen, die andere chronische oder neurologische Krankheiten haben. Man geht davon aus, dass das Risiko einer Depression bei Personen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind etwa doppelt so hoch ist (Bodini et al., 2008). Je nach Studie sind zwischen 20 und 45 % dieser Personen von Depressionen betroffen, die Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 50 % und es besteht ein Suizidrisiko, das 5-10 mal höher ist als das der Allgemeinbevölkerung. Ein besonders erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken, existiert bei an Multipler Sklerose erkrankten Frauen (Goretti et al., 2010; Gay, Vrignaud, Garitte, & Meunier, 2010). Depressionen können sowohl als eine direkte Reaktion auf die Erkrankung, als auch erst im Verlauf der Krankheit auftreten (Lobentanz et al., 2004). Oft erklären die Symptome der

Depressionen einen großen Teil der Varianz der Verschlechterung kognitiver Leistungsfähigkeit, welche zum Teil fälschlicherweise als medizinisches Symptom der Multiplen Sklerose gesehen wird. Wie oben beschrieben erschwert der kognitive Abbau besonders die positive Adaption. So führen Depressionen, als Folge einer ungünstigen Anpassung und geringeren Resilienz, oftmals selbst wiederum zu vermehrten Schwierigkeiten in der gewünschten positiven Krankheitsanpassung (Goretti et al., 2010).

Fatigue ist häufig das erste Symptom, welches vor der Diagnose festgestellt und als Grund für eine ärztliche Untersuchung angegeben wird. Fatigue ist in der Literatur nicht einheitlich definiert. Typischerweise wird es aber folgendermaßen beschrieben: Ein Mangel an körperlicher und geistiger Energie oder dass sich Personen häufig müde fühlen (Pittion-Vouyovitch et al., 2006). Kroencke, Lynch und Denney (2000) beschreiben Fatigue als ein unnormales Müdigkeitserlebnis oder ein Mangel an Energie, welcher in keinem Verhältnis mehr zur täglichen Beanspruchung steht. Die Fatigue beeinträchtigt signifikant den Wunsch oder die Fähigkeit alltägliche körperliche oder intellektuelle Tätigkeiten durchzuführen. Zudem meinen die Autoren, dass Fatigue häufig als Grund für die erhöhte Arbeitslosigkeit von Personen, die an Multiplen Sklerose erkrankt sind, angenommen werden kann. Außerdem scheint Fatigue soziale Beziehungen und kognitive sowie körperliche Funktionen zu beeinflussen. Zwischen 50 % bis 90 % der Patientinnen und Patienten berichten über Fatigue und teilweise wird diese sogar als das am stärksten belastende Symptom angegeben. Fatigue wird außerdem stark in Beziehung zu krankheitsbedingter körperlicher Behinderung gesetzt (Pittion-Vouyovitch et al., 2006).

Der Zusammenhang zwischen Fatigue und Depressionen wird in der Literatur einheitlich bestätigt. Es werden hierfür unterschiedliche Gründe angegeben. So schlagen Lobentanz et al. (2004) vor, Depressionen und Fatigue könnten als Negativeffekte der immunsuppressiven Medikamente oder als Symptome der Multiplen Sklerose selbst auftreten. Als weiteren Grund für den starken Zusammenhang geben sie an, dass Fatigue eines der Symptome von Depression sei. Fatigue wäre dann also keine direkte Folge geringer Resilienz bei Personen mit Multipler Sklerose, sondern eine Folge der Depression. Dem setzen aber die Autoren selbst bereits entgegen, dass sich die erlebte Fatigue bei an Multipler Sklerose erkrankten Menschen von der erlebten Müdigkeit, die häufig bei Depressionen auftritt, unterscheidet. Zum einen verschlimmert Hitze Fatigue bei Multipler Sklerose, aber nicht bei Depressionen. Zum anderen verbessert sich die

Erschöpfung bei Multipler Sklerose nach dem Schlafen, wohingegen bei Depressionen eher der gegenteilige Fall auftritt. Als letzten Punkt berichten die Patientinnen und Patienten häufig, dass die Erschöpfung bei ihnen nur einige Stunden anhalten würde. Personen mit Depressionen berichten zumeist über eine anhaltende Erschöpfung (Lobentanz et al., 2004).

Oft wird als Kritikpunkt angegeben, dass ein Zusammenhang zwischen Depressionen und Fatigue durch ähnliche Items in den Fragebögen bedingt wird. So beinhalten die meisten Depressions-Fragebögen Items, die direkt nach Müdigkeit fragen. Es kommt also zu Überlappungen der Items in den Fragebögen zu Fatigue und Depressionen. Kroencke et al. (2000) konnten allerdings feststellen, dass selbst nach dem Beseitigen dieser Items immer noch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depressionen und Fatigue besteht.

Eine gegenseitige Beeinflussung zeigt sich auch in der therapeutischen Arbeit. So führt sowohl die Behandlung von Fatigue zu einer Verbesserung der Depressionen, als auch die Behandlung von Depressionen zu einer Verbesserung von Fatigue (Pittion-Vouyovitch et al., 2006). Gemeinsam bedingen diese beiden Konstrukte den Hauptanteil der Variabilität von Lebensqualität, Wohlbefinden und Beeinträchtigungen bei Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (Pittion-Vouyovitch et al., 2006).

2.2.8. Angststörungen

Eine geringere Anzahl an Forschungsarbeiten hat sich bisher auf den Zusammenhang zwischen Multipler Sklerose und Angststörungen fokussiert. Gay et al. (2010) berichten, dass dies ca. 16 % bis 43 % betrifft. Goretti et al. (2010) gehen sogar davon aus, dass bis zu 63 % der mit Multipler Sklerose diagnostizierten Personen auch an einer Angststörung leiden. Außerdem geben sie an, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Angststörung zu erkranken mit stärkeren krankheitsbedingten körperlichen Beeinträchtigungen wächst. Mitchell et al. (2005) setzen dem allerdings entgegen, dass bereits 48 % der Personen im ersten Jahr nach der Diagnose Anzeichen von einer Angststörung zeigen, also zu einem Zeitpunkt, an dem die Krankheit meist noch nicht weit fortgeschritten ist, und die körperlichen Beeinträchtigungen noch nicht so stark ausgeprägt sind. Besonders auffällig zeigt sich in dieser Studie das erhöhte Auftreten von Angststörungen, wenn auch

Familienmitglieder, bzw. die Personen zu denen viel Kontakt besteht, klinisch relevante Ängste zeigen. In dieser Untersuchung zeigte sich, dass bis zu 46 % der Partnerinnen und Partner der an Multipler Sklerose erkrankten Personen innerhalb des ersten Jahres nach der Diagnose solche klinisch relevanten Ängste zeigen. Man konnte außerdem ein erhöhtes Auftreten von Ängsten bei weiblichen Personen feststellen.

Einen nennenswerten Einfluss auf das Risiko einer Angsterkrankung scheinen Schmerzsymptome zu haben, denen die Patientinnen und Patienten zum Teil ausgesetzt sind. So fanden Pakenham und Fleming (2011) vor allem bei Personen mit schmerzhaften Symptomen erhöhte Werte in Fragebögen zu Angststörungen. Auch die Ungewissheit des Verlaufs ist angstausslösend. Man geht davon aus, dass nur einer von fünf Patientinnen und Patienten sein Leben lang stabil und ohne körperliche und kognitive Einschränkungen bleibt. Die Diagnose der Erkrankung ist also eine auf natürliche Weise beängstigende Situation. Ausgelöste Ängste müssen aber nicht zu einer Angststörung führen. Inwieweit natürliche Ängste sich zu klinisch relevanten Angststörungen entwickeln, hängt wiederum von der Resilienz der Person und der damit verbundenen Krankheitsanpassung ab (Mitchell et al., 2005). So hat man feststellen können, dass Patientinnen und Patienten mit hoher Anpassung an die Erkrankung und guter Akzeptanz der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen weniger Ängste angaben. In der Studie von Pakenham und Fleming (2011) gingen mit einer positiven Anpassung ein geringeres Stressempfinden, positivere Lebenseinstellung, gute soziale Unterstützung und eine höhere subjektiv empfundene Gesundheit einher. Diese Faktoren hatten interessanterweise nicht nur Einfluss auf das Empfinden von Angst, sondern ebenso zeigten Personen mit hoher Resilienz ein geringeres Empfinden von Schmerzen. Dies könnte den oft beobachteten Zusammenhang von Angststörungen und Schmerzen bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen erklären.

Des Weiteren scheint die Copingstrategie „Sensemaking“ die Entwicklung einer Angststörung im positiven Sinne zu beeinflussen. Personen mit höheren Werten im Sensemaking zeigten geringere Werte in den Angstskalen (Pakenham & Fleming, 2011). Die Beschäftigung mit Angststörungen in Bezug auf das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose hat eine hohe Berechtigung. In vielen Studien werden ausschließlich Depressionen und Fatigue behandelt und als Folgen geringer Resilienz behandelt, während die Beschäftigung mit Angststörungen vernachlässigt wird. Damit

wird aber ein wichtiges Konstrukt, welches einen großen Teil des psychischen Wohlbefindens bei Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose erklären kann, ignoriert (Gay et al., 2010).

2.2.9. Alexithymie

Immer wieder stößt man im Zusammenhang mit Multipler Sklerose auf das Konstrukt Alexithymie. Dieses wird aufgefasst als Störung in der somato-psychischen Verarbeitung von Emotionen, aufgrund eines Defizits kognitiver Verarbeitung dieser (Taylor & Bagby, 1997). Problematisch ist vor allem das Reflektieren und Verstehen der subjektiv-individuellen Anteile von Emotionen (Grabe & Rufer, 2009).

Die Autoren der Toronto-Alexithymie Skala (TAS), deren Kurzform auch in dieser Arbeit verwendet wurde, definieren das Alexithymiekonstrukt anhand von drei Faktoren (Bagby, Parker, & Taylor, 1994):

1. Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen;
2. Schwierigkeiten bei der verbalen Beschreibung von Gefühlen;
3. ein external orientierter Denkstil (Grabe & Rufer, 2009, S. 24).

Bei einem externalen Denkstil, orientieren Personen ihre Denkinhalte an äußeren Ereignissen und weniger an eigenen Emotionen (Grabe & Rufer, 2009).

Etwas genauer definierten Fava, Mangelli und Chiara (2001) Alexithymie zur Erleichterung der Klassifikation alexithymer Symptome bei der Verwendung des ICD-10 oder des DSM-IV. Von den sechs entwickelten Kriterien müssen mindestens drei vorliegen um Alexithymie zu diagnostizieren (Grabe & Rufer, 2009, S. 26):

1. Unfähigkeit, Gefühle adäquat zu verbalisieren;
2. Neigung, Details eines Ereignisses anstelle von Gefühlen zu beschreiben;
3. Mangel an Phantasie;
4. Denkinhalte werden eher von äußeren Geschehnissen als von Gefühlen bestimmt;
5. somatischen Symptomen werden nicht mit Reaktionen auf das Gefühlsleben in Zusammenhang gebracht;
6. gehäuftes Auftreten heftiger oder inadäquater affektiver Ausbrüche.

Emotionen äußern sich nicht nur auf kognitiver Ebene, sondern sind auch körperlich manifestiert. Durch das Fehlen des Verständnisses von Gefühlen nehmen alexithyme Personen vor allem die körperlichen Aspekte von Emotionen wahr, wie z.B. ein erhöhter Herzschlag bei der Emotion Angst. Durch den Mangel an Erklärung für die körperliche Veränderung, die durch die Emotion ausgelöst wird, missverstehen und -interpretieren alexithyme Personen die physiologische Äußerung ihrer Emotionen als körperliche Symptome (Bondini et al., 2008). Sie können also nicht unterscheiden, ob eine körperliche Empfindung durch Emotionen ausgelöst wurde oder nicht. Dies beeinflusst die Art und Weise in der diese Personen allgemein körperliche Erscheinungen wahrnehmen und wie sie damit umgehen. Alexithymie wird deshalb sowohl als auslösender als auch als aufrechterhaltender Faktor häufig mit chronischen Erkrankungen, wie Multipler Sklerose, in Zusammenhang gebracht. (Bondini et al., 2008; Gay et al., 2010).

In einer aktuellen Studie konnte eine Prävalenz der Alexithymie von 42 % in einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose nachgewiesen werden (Chahraoui et al., 2008). Gay et al. (2010) geben eine Prävalenz von zwischen 14 % bis 50 % an, wobei in ihrer Stichprobe ein Viertel der Multiplen Sklerose Patientinnen und Patienten alexithyme Werte zeigten. Dies ist deutlich höher als das Vorkommen von Alexithymie in der Allgemeinbevölkerung.

Der oben beschriebene Fokus auf die physiologischen Äußerungen von Emotionen führt dazu, dass Alexithymie einen großen Einfluss auf die Erkrankung Multiple Sklerose und ihren Verlauf hat. Dass alexithyme Personen nicht zwischen emotionsbedingten körperlichen Erscheinungen und solchen, die rein krankheitsbedingt sind, unterscheiden können, führt zu Schwierigkeiten bei der positiven Krankheitsanpassung und richtiger Interpretation von eventuellen Schüben oder sonstigen Anzeichen von Multipler Sklerose. So kommt es zu Überinterpretationen körperlicher Erscheinungen, welche aufgrund der Unfähigkeit kognitiver Emotionsverarbeitung, ausschließlich auf die Krankheit zurückgeführt werden (Bondini et al., 2008).

Ein neurologisches Modell, welches sowohl in Verbindung mit Alexithymie als auch mit Multipler Sklerose genannt wird, dient als eine weitere Erklärung der hohen Auftretenswahrscheinlichkeit von Alexithymie unter Personen mit Multipler Sklerose. Es handelt sich hier um die Beeinträchtigung des Corpus callosum, insbesondere der Fasern, die für die Informationsübertragung zwischen den Gehirnhälften sorgen. Man hat diese

Schädigung bei alexithymen Personen mehrfach bestätigen können und erklärt die typischen Einschränkungen dieser Personen durch erhöhte Schwierigkeiten verbale Informationen von der rechten in die linke Gehirnhälfte zu transportieren. Diese schlechtere Übertragung von Informationen zwischen der rechten und linken Hemisphäre aufgrund der Störung im Corpus callosum zeigt sich vermehrt bei Personen mit Multipler Sklerose. Der Zusammenhang konnte konsistent aufgezeigt werden, unabhängig von Schweregrad und Dauer der Krankheit. Unklar ist, ob die Beeinträchtigung des Corpus callosums als eine Folge der Multiplen Sklerose entsteht, oder ob diese eventuell ein schon vorher bestehender Risikofaktor für den Ausbruch der Krankheit ist. Dennoch macht diese Erkenntnis deutlich, dass ein enger Zusammenhang zwischen Multipler Sklerose und Alexithymie besteht (Habib et al., 2003).

Unterschiedliche resilienzfördernde Faktoren haben auch einen Einfluss auf Alexithymie, im Sinne eines geringeren Auftretens von Alexithymie bei Personen, die auf solche persönlichen und umgebungsbedingten Charakteristika vermehrt zugreifen können. Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey (1996) setzten eine geringere soziale Unterstützung in Zusammenhang mit Alexithymie. Alexithyme Personen hatten weniger enge Beziehungen und ein geringeres soziales Netzwerk. Parker, Taylor und Bagby (2001) fanden negative Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Emotionsregulation, sowie positive Zusammenhänge zwischen Alexithymie und maladaptiven Copingstrategien. Zudem stellten sie fest, dass alexithyme Personen aufgrund geringer Anpassungsfähigkeit größere Schwierigkeiten im Umgang mit Stressoren hatten.

Alexithymie ist ursprünglich vor allem in Verbindung mit psychosomatischen Erkrankungen gebracht worden. Es konnte aber festgestellt werden, dass es teilweise noch stärkere Zusammenhänge zwischen Alexithymie und anderen psychischen Erkrankung gibt (Grabe & Rufer, 2009). Es zeigen sich bei depressiven Personen in verschiedenen Studien signifikante Korrelationen zwischen den Konstrukten Alexithymie und Depressivität. In einer weiteren Studie fanden Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen und Viinamaki (2000) das Auftreten von Alexithymie verbunden mit dem Auftreten von Depressionen und auch Duddu, Isaac und Chaturvedi (2003) fanden erhöhte Alexithymiewerte bei depressiven Personen. Salminen, Saarijarvi, Toikka, Kauhanen und Aarela (2006) schlussfolgerten aus ihren Ergebnisse, dass Alexithymie sowohl als stabiles

Persönlichkeitsmerkmal auftreten kann, als auch den Einflüssen von Depressionen unterliegen kann.

Eine erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit von Alexithymie konnte auch bei Personen mit Angststörungen festgestellt werden. Die starke Wahrnehmung der somatischen Komponente von Emotionen erhöht bei ängstlichen Personen die Assoziation zwischen körperlichen Merkmalen und mit Angst verbundenen negativen Konsequenzen (Grabe & Rufer, 2009).

Überlappungen der Konstrukte Angst, Depression und Alexithymie sind könnten auch dadurch erklärt werden, dass sie alle durch einen Generalfaktor „allgemeine Symptombelastung“ (Tran, Walter, & Rimmel, 2012) geprägt zu sein scheinen. Ein Phänomen, dass durch die zu ungenaue Abgrenzung der Konstrukte untereinander entstehen kann oder aber durch den Einfluss dritter Variablen. Gerade hinsichtlich der in dieser Arbeit verwendet Toronto-Alexithymie-Skala sind Probleme bezüglich der Validität bekannt, da sie Studien zufolge vor allem ein Maß der allgemeinen Belastung zu sein scheint (Tran et al., 2012).

Häufig auftretende hohe Werte der Fatigue bei alexithymen Personen könnten dadurch erklärt werden, dass es sich hier um eine physiologische Äußerung von Emotionen handelt, die sich in diesem Fall durch Erschöpfung zeigt und als rein körperlich missinterpretiert wird. Es hat sich gezeigt, dass der Zusammenhang von Alexithymie und Fatigue unabhängig von der körperlichen krankheitsbedingten Beeinträchtigung zu sein scheint (Bondini et al., 2008). Gay et al. (2010) berichten, dass gerade über Verbindungen von Angststörungen und Alexithymie bei Multiple Sklerose Patientinnen und Patienten noch viel geforscht werden müsse.

3. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts verfolgten die Absicht, mit den gewonnenen Daten für die genauere und einheitliche Begriffsdefinition der Resilienz einen Beitrag zu leisten. Auch die Auswirkungen der Widerstandsfähigkeit auf die psychische Gesundheit wurden in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen betrachtet.

Die *Fragestellung I* und *III* wurden im Rahmen des Resilienz-Projekts anhand der Gesamtstichprobe chronisch Erkrankter untersucht und treten auch in den Diplomarbeiten von Frau Theresa Hettl und Frau Sophie Roupetz auf. Die *Fragestellung II* wurde in allen drei Arbeiten anhand der jeweils spezifischen Stichprobe chronisch Erkrankter geprüft. Die *Fragestellung IV* wurde spezifisch in dieser Diplomarbeit erforscht. Mittels der obigen theoretischen Ausführungen konnten folgende Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet werden.

I. Fragestellung (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen?

Hypothesen

- a. Je stärkerer der religiöse/spirituelle Glaube einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- b. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- c. Je besser die soziale Unterstützung einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- d. Je optimistischer eine chronisch erkrankte Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

II. Fragestellung

Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit Multipler Sklerose?

Hypothesen

- e. Je stärkerer der religiöse/spirituelle Glaube einer an Multipler Sklerose erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- f. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer an Multipler Sklerose erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- g. Je besser die soziale Unterstützung einer an Multipler Sklerose erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- h. Je optimistischer eine an Multipler Sklerose erkrankte Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

III. Fragestellung (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt (oder besteht die Möglichkeit von weiteren, noch nicht berücksichtigten Faktoren)?

Hypothesen

- i. Im Zusammenhang mit Depressionen wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.
- j. Im Zusammenhang mit Ängstlichkeit wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.
- k. Im Zusammenhang mit Fatigue wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.

IV. Fragestellung

Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen?

Hypothesen

- l. Je resilienter eine an Multipler Sklerose erkrankte Person ist, desto geringer ist ihre depressive Symptomatik ausgeprägt.
- m. Je resilienter eine an Multipler Sklerose erkrankte Person ist, desto geringere ist ihre Ängstlichkeit ausgeprägt.
- n. Je resilienter eine an Multipler Sklerose erkrankte Person ist, desto geringere Fatigue Erscheinungen empfindet sie.
- o. Je resilienter eine an Multipler Sklerose erkrankte Person ist, desto weniger alexithym ist sie.
- p. Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressionen bei Personen mit Multipler Sklerose.
- q. Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Angststörungen bei Personen mit Multipler Sklerose.
- r. Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Fatigue bei Personen mit Multipler Sklerose.
- s. Depressionen, Angststörungen und Fatigue mediierten den Zusammenhang zwischen Resilienz und Alexithymie bei Personen mit Multipler Sklerose.

4. Methode

Im folgenden Abschnitt wird die praktische Umsetzung der Fragestellungen erläutert. Dabei wird zuerst auf den Aufbau der Studie eingegangen, im Anschluss daran wird die Stichprobe sowie die Auswertung mit Ergebnissen vorgestellt und zum Schluss werden diese ausführlich interpretiert.

4.1. Studiendesign

Der Erhebungszeitraum dieser Querschnittstudie erstreckte sich von Juli bis Oktober 2012. Den teilnehmenden Personen wurde einmalig eine Fragebogenbatterie in Papier-Bleistiftform vorgegeben. Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Studie war die Diagnose Multiple Sklerose. Zudem musste über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt werden und die Personen mussten über 18 Jahre alt sein. Nach einer Vorstellung der Autorin wurde den teilnehmenden Personen zuerst das Ziel der Studie erklärt, sowie die Freiwilligkeit und die Anonymität bei Beteiligung an der Studie betont.

Die Kontaktherstellung zu den befragten Personen ergab sich ausschließlich über MS-Selbsthilfegruppen. Die Anfragen wurde teilweise von der Autorin persönlich und teilweise über die MS-Gesellschaft-Wien versendet. Alle MS-Selbsthilfegruppen, die sich in Wien oder Umgebung trafen, wurden von der Autorin zu einem Termin eines Gruppentreffens aufgesucht. Selbsthilfegruppen in zu weiter Entfernung bekamen die Fragebögen auf postalischem Weg zugeschickt, wobei ein reger Kontakt telefonisch oder per E-Mail zwischen den Gruppenleiterinnen oder Gruppenleitern und der Autorin herrschte. Auf diesem Wege erhielten auch diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer die nötigen Instruktionen und Informationen von der Autorin. Alle Personen bekamen zusätzlich meine Telefonnummer und E-Mail Adresse, sodass die Autorin für weitere Fragen bezüglich der Studie erreichbar war.

4.2. Stichprobenbeschreibung (Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Es konnte eine Stichprobe von insgesamt 337 Personen mit chronischen Erkrankungen rekrutiert werden. Davon waren 153 Personen von chronisch entzündlichen Darm-

erkrankungen (CED) betroffen, 94 Personen waren an chronischen Rückenschmerzen (CRS) und 90 Personen an Multipler Sklerose (MS) erkrankt.

Angaben zur spezifischen Verlaufsform der Multiplen Sklerose wurden von 44 %, die als genaue Diagnose Multiple Sklerose bzw. Encephalomyelitis Disseminata angaben, nicht gemacht. 24 % beschrieben derzeit an einem schubförmigen Verlauf der Multiplen Sklerose erkrankt zu sein, wobei der subjektive Schweregrad des letzten Schubes dieser Personen durchschnittlich bei 52 % lag. 13 % gaben einen primär progressiven Verlauf an und 10 % einen sekundär progressiven Verlauf.

Tabelle 1

Demographische Daten der Gesamtstichprobe und der an Multipler Sklerose erkrankten Personen

	Gesamtstichprobe (n = 337)	Personen mit MS (n = 90)
Alter in Jahreszahlen MW <i>Range</i>	1964 (1926 - 1993)	1964 (1942 – 1993)
Geschlecht n (%)		
weiblich	58	70
männlich	42	30
Nationalität n (%)		
Österreich	67	87
Deutschland	31	1
andere	1	2
Beziehungsstatus n (%)		
Single	15	16
Beziehung	21	16
Verheiratet	54	51
Getrennt	3	7
Verwitwet	5	4
Anderes	2	6
Religionsbekenntnis n (%)		
Katholisch	68	54
Evangelisch	9	20
Muslimisch	1	3
Anderes	3	1
Keines	18	20

4.3. Messinstrumente (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

Für die Untersuchung wurde eine Fragebogenbatterie herangezogen, die von Dr. Tran zuvor bereits an einer studentischen Stichprobe verwendet wurde. Zusätzlich wurde diese von Frau Theresa Hettl, Frau Sophie Roupetz und der Autorin der vorliegenden Arbeit noch um die Fatigue Severity Scale (Krupp, LaRocca, Muir-Nash, & Steinberg, 1989) erweitert. Die Fragebogenbatterie wurde von der Autorin außerdem um die Toronto-Alexithymie-Skala-20 (Kupfer, Brosig, & Brähler, 2001) ergänzt. Diese wurde nur Personen mit Multipler Sklerose vorgegeben und für die Auswertung der entsprechenden Fragestellung verwendet. Die Fragebogenbatterie setzt sich aus den folgenden Verfahren zusammen.

4.3.1. Trait Cheerfulness (STCI cheerfulness subscale; Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996) (Sophie Roupetz)

Das State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung und dient der Erfassung von drei Konstrukten: Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune. Heiterkeit wird dabei als ein Zustand („State“, z.B. vorübergehende Laune) und eine Eigenschaft („Trait“, z.B. Temperament) für die erhöhte Bereitschaft, heiter auf Humor zu reagieren, verstanden. Ernsthaftigkeit und schlechte Laune werden als zwei Faktoren von Humorlosigkeit beschrieben und ebenfalls in beiden Formen („State“ und „Trait“) konzeptionalisiert. Prinzipiell liegt das Verfahren in verschiedenen Versionen vor. Die hier verwendete deutsche Kurzfassung ist eine Trait-Version, welche 20 Items anhand einer vierstufigen Skala ((1) = *trifft gar nicht zu* bis (4) = *trifft sehr zu*) beantwortet. Bei den deutschen Stichproben reicht die interne Reliabilität (Cronbach's α) der Trait Skala von .88 bis .94 und die Retestreliabilität liegt bei .77 bis .86. Das Verfahren wurde in verschiedenen Settings validiert (Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996).

4.3.2. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) (Sophie Roupetz)

Das Selbstbeurteilungsverfahren dient der Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Anhand von 10 Items misst die eindimensionale Skala die optimis-

tische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage meistern zu können, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Die gleichsinnig gepolten Items werden vierstufig beantwortet: (1) = *stimmt nicht*, (2) = *stimmt kaum*, (3) = *stimmt eher*, (4) = *stimmt genau*. Durch das Aufsummieren aller zehn Antworten ergibt sich der individuelle Testwert, so dass ein Score zwischen 10 und 40 resultiert. Zahlreiche Studien haben die Eindimensionalität und den Nutzen der Skala als Prognoseverfahren bestätigt. Der Vergleich von allen deutschen Stichproben zeigt eine Streuung der internen Konsistenzen (Cronbach's α) zwischen .80 und .90. Die Skala kommt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen zum Einsatz und dient der Persönlichkeitsdiagnostik auf Gruppenebene (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

4.3.3. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) (Sophie Roupetz)

Für eine ausführliche Beschreibung der CD-RISC siehe Kapitel 2.1.6. Messbarkeit von Resilienz.

4.3.4. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU K-14; Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) (Theresa Hettl)

Die Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung erfragt, die wahrgenommene und antizipierte soziale Unterstützung. Bei den 14 Items kann auf einer Skala von (1) = *trifft überhaupt nicht zu* bis (5) = *trifft genau zu*, angegeben werden, wie die Aussagen auf einen selbst zutreffen. Höhere Werte sprechen dabei für eine bessere soziale Unterstützung. Der Fragebogen besitzt eine sehr gute Reliabilität mit einem Cronbach α von .94. Auch die übrigen Gütekriterien sprechen für dessen Einsatz in der psychologischen Forschung und Praxis (Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009).

4.3.5. Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D; Albani et al., 2002) (Theresa Hettl)

Bei dem System of Belief Inventory handelt es sich um ein Verfahren, das die spirituelle und religiöse Einstellung von Patienten mit chronischen oder sehr schweren Erkrankungen einschätzt (Albani et al., 2002). Die Testperson gibt dabei auf einer Skala von (1)

= *trifft gar nicht zu* bis (4) = *trifft vollständig zu*, an, wie stimmig die vorgegebenen Aussagen mit derer eigenen Überzeugungen sind. Die 15 Items werden in zwei Faktoren unterschieden. Der erste beinhaltet den Glauben und die religiösen Praktiken eines Menschen (fünf Items) und der zweite bezieht sich auf die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft (zehn Items). Zusätzlich kann auch ein Gesamtscore für die allgemeine Glaubenseinstellung herangezogen werden. Die Reliabilität der Skalen liegt bei einem Cronbach α von .97 für die erste Skala und bei einem Cronbach α von .94 für die zweite Skala. Für den Gesamtscore wurde ein Wert von .98 errechnet (Gulke et al., 2003). Das SBI-15R-D kann somit als ein gut validiertes und ökonomisch anwendbares Verfahren für eine deutschsprachige Stichprobe gesehen werden.

4.3.6. Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ; Teegen, 2003) (Jenny Koegel)

Das Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ) ist ein am DSM-IV orientiertes Verfahren und dient der Erfassung potentiell traumatisierender Lebensereignisse, die in der Vergangenheit erlebt wurden. Das Verfahren besteht aus 19 Items und es werden Fragen zu den folgenden Bereichen gestellt: Körperliche und sexuelle Gewalt oder Bedrohungen, das Erleben von Unfällen, der plötzliche Verlust nahestehender Personen, Kriegserlebnisse und das Erleben von Naturkatastrophen. Außerdem wird erfragt welches Erlebnis als am stärksten belastend empfunden wurde, wie oft die Situation erlebt wurde und das Alter in dem die Situation aufgetreten ist. Das TLEQ beruht auf Selbstbeurteilungen der Personen und wird ausschließlich als Screening-Verfahren eingesetzt. Die Antworten sind auf einer Skala von (0) = *nie erlebt* bis (6) = *mehr als 5-mal erlebt*, anzugeben. In Reteststudien mit verschiedenen Stichproben konnte eine gute Retestreliabilität erreicht werden (Teegen, 2003; Teegen & Cizmic, 2003).

4.3.7. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis, 2000) (Jenny Koegel)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist eine Kurzform der Symptom Checklist-90 und wird zur Erfassung subjektiver psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen genutzt. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, wobei die Fragen auf einer Likert-Skala von (0) = *überhaupt nicht* bis (4) = *sehr stark*, beantwortet werden können. Bei der Beantwortung der Fragen soll zeitlich auf die Stärke der Symptome in den letzten sieben

Tage eingegangen werden. Der in dieser Untersuchung verwendete BSI-18 besteht aus 18 Items, jeweils sechs dieser Items beschreiben eine Subskala. Es lassen sich die Subskalen *Depression*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* bilden. Dazu ist es noch möglich einen Global Severity Index (GSI) über alle Items zu berechnen. Dieser dient dazu die allgemeine psychische Belastung einer Person einzuschätzen. Die Reliabilität des Verfahrens zeigt über alle Skalen-Werte berechnet ein Cronbach's α zwischen .63 bis .93 (Geisheim et al., 2002).

4.3.8. Fatigue Severity Scale (FSS; Krupp et al., 1989) (Jenny Koegel)

Die Fatigue Severity Scale (FSS) ist ein Verfahren zur Erfassung von chronischer Erschöpfung mit übergreifenden Einschränkungen. Das Verfahren wird vor allem bei Personen mit chronischen Erkrankungen eingesetzt, wobei es darum geht, zu erfassen, wie schwer sich eine Person durch die chronische Erschöpfung beeinträchtigt fühlt. Der Fragebogen besteht aus neun Items, die durch Selbstbeurteilung auf einer Likert-Skala von (1) = *trifft nicht zu* bis (7) = *trifft voll zu*, eingestuft werden können. Der Schweregrad der Fatigue einer Person kann durch das Zusammenzählen der Item-Antworten berechnet werden, wobei niedrigere Werte für eine geringere Beeinflussung des Alltags durch die Erschöpfung sprechen und hohe Werte für einen stärkeren Einfluss der Erschöpfung auf den Alltag. Die Reliabilität des Verfahrens liegt, berechnet mit Cronbach's α , bei .94 (Kleinman et al., 2000).

4.3.9. Toronto Alexithymie Skala 20 (TAS-20; Kupfer et al., 2001) (Jenny Koegel)

Bei der Toronto Alexithymie Skala (TAS) handelt es sich um das meistgebrauchte Verfahren zur Messung von Alexithymie. Die TAS kann in den Bereichen der Persönlichkeitsdiagnostik, der klinischen Psychologie, der Psychosomatik und der Verhaltensmedizin in Einzel- und Gruppenuntersuchungen verwendet werden. Der Fragebogen beruht auf Selbstbeurteilung der Items auf einer Likert-Skala von (1) = *trifft nicht zu* bis (5) = *trifft völlig zu*. In dieser Untersuchung ist die TAS-20, mit 20 Items verwendet worden. Es besteht die Möglichkeit eine Alexithymie-Gesamtskala zu berechnen oder diese in die Subskalen *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen*, *Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen* und *extern orientierter Denkstil* zu gliedern. Die Reliabilität

des Verfahrens liegt, berechnet mit Cronbach's α , zwischen .67 bis .84 (Kupfer et al., 2001).

4.4. Auswertung (Theresa Hettl)

Für die Auswertung aller Hypothesen in der Gesamtstichprobe und in den Stichproben der einzelnen chronischen Erkrankungen wurde das für die psychologische Forschung gängige α -Niveau von .05 festgelegt. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 19.00.

4.4.1. Auswertung der Fragestellungen der Gesamtstichprobe (Theresa Hettl)

Die erste Fragestellung, die anhand der gesamten Stichprobe untersucht wurde, wurde auf zwei Arten betrachtet, um sowohl die Zusammenhänge der Variablen Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube mit der CD-RISC zu erforschen, als auch dessen Erklärungsanteile an der CD-RISC zu berechnen. Zum einen wurden für die Hypothesen Pearson Korrelationen herangezogen. Das parametrische Verfahren wurde durch das Vorhandensein der nötigen Voraussetzungen (metrische Variablen, Normalverteilung, keine Ausreißer und homogene Varianzen) bzw. der Robustheit des Verfahrens gerechtfertigt.

Die dabei erhaltenen Interkorrelationen wurden auch dazu genutzt, um den zweiten Auswertungsweg genauer interpretieren zu können. Bei diesem wurde untersucht, wie viel der Varianz der CD-RISC durch die Variablen der Hypothese H_a bis H_d (Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube) erklärt wird. Dazu wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt und die Schrittweise-Methode gewählt, um nur Variablen in die Regressionsgleichung einzuschließen, die einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums aufweisen (Field, 2009).

Dieselben Variablen wurden für die dritte Fragestellung, die ausschließlich für die Gesamtstichprobe überprüft wurde, verwendet. Für die Untersuchung wurden Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube jeweils blockweise und einzeln in das Regressionsmodell eingefügt. Um anhand von Regressionen festzustellen, ob der Anteil, den die CD-RISC (Resilienz) an den Konstrukten Depression, Ängstlichkeit und Fatigue vorhersagt, durch die genannten Variablen zu erklären ist, wurde in einem ers-

ten Schritt Resilienz (CD-RISC) als Prädiktor für Depression, Ängstlichkeit und Fatigue eingefügt. Schrittweise wurden dann die vier genannten Variablen hinzugefügt.

4.4.2. Auswertung der Fragestellungen der spezifischen Stichprobe

Die zweite Fragestellung und die dazugehörigen Hypothesen H_e bis H_h wurden äquivalent zur ersten Fragestellung berechnet, mit dem Unterschied, dass die Daten ausschließlich anhand der an Multipler Sklerose erkrankten Personen untersucht wurden. Für die vierte Fragestellung wurden die Hypothesen H_i bis H_o mittels Pearson-Korrelationen berechnet. Das Verfahren wurde trotz teilweiser Verletzung der Voraussetzung „Normalverteilung der Daten“ verwendet, da sich gezeigt hat, dass das Verfahren hinreichend robust ist.

Die Hypothesen H_p bis H_s wurden durch Mediator-Analysen nach Baron und Kenny (1986) berechnet. Diese besteht aus vier Schritten. Im ersten Schritt muss aufgezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen zwei Variablen gibt und in einem zweiten Schritt, dass diese mit der Mediatorvariable korrelieren. Diese beiden Schritte wurden im Ergebnisteil in Interkorrelationstabellen angegeben. Im dritten und vierten Schritt wird anhand einer Multiplen Regression der Einfluss der Mediatorvariable auf den Zusammenhang der zwei korrelierenden Variablen aufgezeigt. Diese Schritte wurden im Ergebnisteil in Tabellen angegeben, die mit „Mediatoranalyse“ benannt sind.

Auch hier gilt die Multiple Regression als hinreichend robust und wurde deshalb trotz teilweiser Verletzung der Normalverteilungen verwendet. Alle anderen Voraussetzungen gelten als erfüllt.

5. Ergebnisse

5.1. Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen (Theresa Hettl, Sophie Roupetz, Jenny Koegel)

In Tabelle 2 werden jeweils die deskriptiven Werte für entsprechende Fragebögen angegeben, die in der die Auswertung der Hypothesen der vorliegenden Arbeit erforderlich waren.

Tabelle 2
Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen

Skalenname	Chronbach α chronisch Erkrankte	M chronisch Erkrankte	SD chronisch Erkrankte	Cronbach α MS	M MS	SD MS
SCTI	.94	2.9	0.58	.95	3.1	0.59
SWE	.92	2.8	0.56	.92	2.9	0.58
CD-RISC	.92	2.6	0.60	.91	2.7	0.60
Soz_U_K14	.93	4.2	0.75	.94	4.3	0.72
SBI	.96	2.2	0.86	.95	2.1	0.85
BSI_Dep_ Norm	.89	55.8	13.0	.92	53.2	13.1
BSI_Angst_ Norm	.87	55.6	13.0	.88	53.6	12.3
FSS	.94	4.6	1.6	.93	4.9	1.5
TAS_20				.71	2.4	0.58

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

5.2. Resilienzfaktoren

5.2.1. Ergebnisse erste Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen? (Jenny Koegel)

In der Gesamtstichprobe der chronisch erkrankten Personen konnte ein signifikant positiver Zusammenhang ($p < .001$, siehe Tabelle 3) zwischen Resilienz und Selbstwirksamkeit beobachtet werden. Die zweitstärkste signifikant positive Korrelation ($p < .001$) zeigte sich zwischen Resilienz und Optimismus. Auch Resilienz und soziale Unterstützung korrelierten positiv miteinander signifikant ($p < .001$). Der geringste positiv signifikante Zusammenhang ($p = .002$) zeigte sich in dieser Stichprobenzusammensetzung zwischen Resilienz und Glaube.

Des Weiteren konnten signifikante Zusammenhänge ($p < .001$) zwischen den Konstrukten Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung beobachtet werden. Die Variable Glaube zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit den anderen Prädiktoren (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.75*	.59*	.47*	.17*
Selbstwirksamkeit		.48*	.27*	.01
Optimismus			.40*	.06
soziale- Unterstützung				.00

Anmerkungen: * $p < .01$

Im ersten Schritt der Multiplen Regression konnte aufgezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit einen signifikanten Varianzanteil von Resilienz erklärte ($\text{Adj. } R^2 = .56$). Im zweiten Schritt wurde die Variable soziale Unterstützung hinzugefügt, der erklärte Varianzanteil von Resilienz erhöhte sich hierdurch ($\text{Adj. } R^2 = .63$). In einem dritten Schritt konnte durch das Hinzufügen der Variable Optimismus der Anteil der erklärten Varianz von Resilienz weiter erhöht werden ($\text{Adj. } R^2 = .67$). Im vierten Schritt wurde die Variable Glaube hinzugefügt, auch dies führte zu einer Vergrößerung des erklärten Varianzanteils ($\text{Adj. } R^2 = .69$). Das vier-Prädiktoren-Modell zeigte insgesamt eine Effektgröße von $f^2 = 2.22$, dies weist auf einen großen Effekt hin. Es wurde festgestellt, dass Selbstwirksam-

keit Resilienz signifikant voraussagt ($\beta = .59$, $t(4) = 16.86$, $p < .001$), ebenso zeigte sich soziale Unterstützung als signifikanter Prädiktor für Resilienz ($\beta = .23$, $t(4) = 6.87$, $p < .001$). Auch Optimismus ($\beta = .20$, $t(4) = 5.53$, $p < .001$) und Glaube ($\beta = .15$, $t(4) = 4.95$, $p < .001$) sagten Resilienz signifikant voraus.

Gemeinsam konnten die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube in der Stichprobe chronisch erkrankter Personen 69 % der Varianz des Konstrukts Resilienz erklären (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4
Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren

Modell-Resilienz		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Selbstwirksamkeit	0.80	0.04	.75	<.001	.56	422.44	1,334
Schritt 2	Selbstwirksamkeit	0.72	0.04	.67	<.001			
	soziale Unterstützung	0.23	0.03	.29	<.001	.63	291.99	2,333
Schritt 3	Selbstwirksamkeit	0.62	0.04	.58	<.001			
	soziale Unterstützung	0.18	0.03	.23	<.001			
	Optimismus	0.22	0.04	.22	<.001	.67	223.60	3,332
Schritt 4	Selbstwirksamkeit	0.63	0.04	.59	<.001			
	soziale Unterstützung	0.19	0.03	.23	<.001			
	Optimismus	0.21	0.04	.21	<.001			
	Glaube	0.11	0.02	.15	<.001	.69	185.68	4,331

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.2.2. Ergebnisse zweite Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit Multipler Sklerose?

Wie in Tabelle 5 präsentiert, zeigte Resilienz bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen einen signifikant positiven Zusammenhang ($p < .001$) mit den Variablen Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung. Die höchste Korrelation wurde zwischen Resilienz und Selbstwirksamkeit vorgefunden. Zwischen Resilienz und Glaube konnte in dieser Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden, aufgrund dessen wurde die Variable Glaube in der nachfolgenden Multiplen Regression nicht mit einbezogen. Des Weiteren ergaben sich signifikant positive Interkorrelationen ($p < .001$) zwischen den Faktoren Optimismus und Selbstwirksamkeit, sowie Optimismus und soziale Unterstützung.

Tabelle 5

Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.80*	.66*	.42*	.13
Selbstwirksamkeit		.53*	.14	.00
Optimismus			.46*	.09
soziale- Unterstützung				.02

Anmerkungen: * $p < .01$

Auch in dieser Stichprobe zeigte sich im ersten Schritt der Regression, dass Selbstwirksamkeit einen signifikanten Varianzanteil von Resilienz erklärt (Adj. $R^2 = .64$). Durch das Hinzufügen der Variable soziale Unterstützung im zweiten Schritt vergrößerte sich der erklärte Varianzanteil (Adj. $R^2 = .73$). In einem dritten Schritt konnte der erklärte Varianzanteil von Resilienz durch das Hinzufügen der Variable Optimismus weiter erhöht werden (Adj. $R^2 = .76$). Insgesamt zeigte das drei-Faktoren-Modell einen großen Effekt, mit einer Effektgröße von $f^2 = 3.17$. Selbstwirksamkeit zeigte sich als signifikanter Prädiktor für Resilienz ($\beta = .66$, $t(3) = 10.57$, $p < .001$). Ebenso konnte beobachtet werden, dass soziale Unterstützung in dieser Stichprobe Resilienz signifikant vorhersagte ($\beta = .23$, $t(3) = 3.82$, $p < .001$), wie auch Optimismus ($\beta = .21$, $t(3) = 3.07$, $p < .001$).

Insgesamt konnten Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und Optimismus 64 % der Varianz von Resilienz in der Stichprobe der an Multipler Sklerose erkrankten Personen erklären (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6
Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung als Prädiktoren

Modell-Resilienz		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Selbstwirksamkeit	0.83	0.07	.80	<.001	.64	158.86	1,88
Schritt 2	Selbstwirksamkeit	0.79	0.06	.76	<.001			
	soziale Unterstützung	0.26	0.05	.31	<.001	.73	122.61	2,87
Schritt 3	Selbstwirksamkeit	0.68	0.07	.66	<.001			
	soziale Unterstützung	0.20	0.05	.23	<.001			
	Optimismus	0.21	0.07	.21	.003	.76	92.84	3,86

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.2.3. Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen chronischen Erkrankungen (Sophie Roupetz)

Wie in Tabelle 7 graphisch dargestellt, konnte Selbstwirksamkeit bei allen untersuchten chronischen Erkrankungsformen als bedeutendster Prädiktor für Resilienz festgestellt werden. Besonders bei Personen mit Multipler Sklerose ergab sich eine hohe Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und Resilienz. Während sich auch der Prädiktor soziale Unterstützung bei allen Stichproben für Resilienz als signifikant erwiesen hat, hatte Optimismus bei chronischem Rückenschmerz keinen signifikanten Einfluss auf Resilienz. Unterschiedliche Ergebnisse zeigten sich auch bei religiösen bzw. spirituellen Einstellungen, welche nur bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und chronischem Rückenschmerz in signifikantem Zusammenhang mit Resilienz stand. Bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen wurde Resilienz mit dem vergleichbar höchsten Prozentanteil der erhobenen Faktoren erklärt, auch bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zeigte sich ein hoher erklärter Varianzanteil.

Tabelle 7

Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren

Modell-Resilienz		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	Adj. R^2
CRS	Selbstwirksamkeit	0.60	0.08	0.55	<.001	.67
	soziale Unterstützung	0.24	0.05	0.31	<.001	
	Optimismus	0.15	0.09	0.12	.105	
	Glaube	0.10	0.04	0.14	.021	
CED	Selbstwirksamkeit	0.62	0.06	.59	<.001	.65
	soziale Unterstützung	0.15	0.04	.18	.001	
	Optimismus	0.22	0.05	.23	<.001	
	Glaube	0.14	0.04	.19	<.001	
MS	Selbstwirkssamkeit	0.69	0.06	.66	<.001	.76
	soziale Unterstützung	0.19	0.05	.23	<.001	
	Optimismus	0.20	0.07	.20	.005	
	Glaube	0.07	0.04	.10	.06	

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.2.4. Ergebnisse dritte Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt? (Jenny Koegel)

Die CD RISC (Resilienz) erklärte einen signifikanten Anteil der Varianz von Depression ($\text{Adj. } R^2 = .14$). Durch das Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit in einem zweiten Schritt, veränderte sich der erklärte Varianzanteil nicht ($\text{Adj. } R^2 = .14$). In einem dritten Schritt wurde die Variable soziale Unterstützung beigefügt, die den erklärten Varianzanteil erhöhte ($\text{Adj. } R^2 = .20$). Auch das Einfügen der Variable Optimismus in einem vierten Schritt erhöhte den erklärten Varianzanteil von Depressionen ($\text{Adj. } R^2 = .21$). Das Eingeben der Variable Glaube führte zu keiner weiteren Vergrößerung ($\text{Adj. } R^2 = .21$). Insgesamt ergaben die fünf Faktoren einen mittleren Effekt mit einer Effektgröße von $f^2 = 0.26$.

Auch im fünften Schritt, also nach Eingabe aller Variablen zeigte sich Resilienz (CD-RISC) noch als signifikanter Prädiktor für die Variable Depression ($\beta = -.18$, $t(5) = -2.09$, $p = .04$). Es konnte beobachtet werden, dass Selbstwirksamkeit das Konstrukt Depression nicht signifikant voraussagte ($\beta = -.05$, $t(5) = -0.64$, $p = .52$). Als bester Prädiktor zeigte sich soziale Unterstützung ($\beta = -.25$, $t(5) = -4.49$, $p < .001$). Auch kein signifikanter Einfluss ergab sich durch die Variable Optimismus ($\beta = -.10$, $t(5) = -1.72$, $p = .09$). Glaube wiederum zeigte sich als signifikanter Prädiktor für Depression ($\beta = .11$, $t(5) = 2.14$, $p = .03$), mit dem Unterschied, dass Glaube und Depression positiv miteinander korrelierten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8

Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren

Modell-Depression		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-8.21	1.10	-.38	<.001	.14	56.65	1,334
	Resilienz	-7.62	1.64	-.35	<.001			
	Selbstwirksamkeit	-0.84	1.75	-.04	.63	.14	28.37	2,333
Schritt 3	Resilienz	-3.82	1.75	-.18	.03			
	Selbstwirksamkeit	-2.12	1.71	-.09	.22			
	Soziale Unterstützung	-5.01	0.97	-.29	<.001	.20	29.25	3,332
Schritt 4	Resilienz	-2.87	1.82	-.13	.12			
	Selbstwirksamkeit	-1.81	1.71	-.08	.29			
	Soziale Unterstützung	-4.68	0.99	-.27	<.001	.		
	Optimismus	-2.38	1.36	-.11	.08	.21	22.83	4,331
Schritt 5	Resilienz	-3.93	1.82	-.18	.04			
	Selbstwirksamkeit	-1.11	1.71	-.05	.52			
	soziale Unterstützung	-4.44	0.99	-.25	<.001			
	Optimismus	-2.34	1.34	-.10	.09			
	Glaube	1.62	0.76	.11	.03	.21	19.38	5,330

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

Auch in Bezug auf Ängstlichkeit wurde im ersten Schritt wieder ausschließlich die Variable Resilienz (CD-RISC) herangezogen, diese erklärte einen signifikanten Anteil des Konstrukts Ängstlichkeit ($\text{Adj. } R^2 = .08$). Im zweiten Schritt erhöhte sich der erklärte Varianzanteil durch das Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit ($\text{Adj. } R^2 = .09$). Auch mit dem Beifügen der Variable soziale Unterstützung vergrößerte sich der erklärte Varianzanteil ($\text{Adj. } R^2 = .14$). Das Heranziehen der Variable Optimismus in einem vierten Schritt konnte den erklärten Varianzanteil von Ängstlichkeit nicht erhöhen ($\text{Adj. } R^2 = .14$). Durch das Hinzufügen der Variable Glaube wurde der erklärte Varianzanteil noch einmal erhöht ($\text{Adj. } R^2 = .15$). Insgesamt konnte ein mittlerer Effekt mit einer Effektgröße von $f^2 = 0.18$ durch die fünf Faktoren erreicht werden. Durch das Beifügen der vier Variablen konnte Resilienz im letzten Schritt nicht mehr als signifikanter Prädiktor betrachtet werden ($\beta = -.02$, $t(5) = -0.22$, $p = .82$). Selbstwirksamkeit ($\beta = -.18$, $t(5) = -2.28$, $p = .02$), soziale Unterstützung ($\beta = -.24$, $t(5) = -4.02$, $p < .001$) und Glaube ($\beta = .10$, $t(5) = 2.00$, $p = .05$) sagten Ängstlichkeit signifikant voraus, wobei Glaube wieder einen positiven Zusammenhang zur Ängstlichkeit zeigte. Optimismus ($\beta = -.07$, $t(5) = -1.10$, $p = .27$) konnte nicht als signifikanter Prädiktor herangezogen werden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren

Modell-Ängstlichkeit	B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1							
Resilienz	-6.22	1.13	-.29	<.001	.08	30.22	1,334
Schritt 2							
Resilienz	-3.53	1.69	-.16	.04			
Selbstwirksamkeit	-3.84	1.81	-.17	.03	.09	17.53	2,333
Schritt 3							
Resilienz	-0.04	1.81	.00	.98			
Selbstwirksamkeit	-5.01	1.77	-.22	.005			
Soziale Unterstützung	-4.60	1.01	-.26	<.001	.14	19.31	3,332
Schritt 4							
Resilienz	-0.59	1.90	.03	.75			
Selbstwirksamkeit	-4.81	1.78	-.21	.01			
Soziale Unterstützung	-4.38	1.03	-.25	<.001	.		
Optimismus	-1.61	1.42	-.07	.26	.14	14.81	4,331
Schritt 5							
Resilienz	-0.43	1.96	-.02	.82			
Selbstwirksamkeit	-4.12	1.81	-.18	.02			
soziale Unterstützung	-4.14	1.03	-.24	<.001			
Optimismus	-1.56	1.41	-.07	.27			
Glaube	1.58	0.79	.10	.05	.15	12.76	5,330

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

In einer weiteren Regressionsanalyse wurde noch einmal die CD-RISC (Resilienz) und der Erklärungsanteil der vier genannten Faktoren Untersuchung, mit dem Unterschied, dass als Kriterium dieses Mal die Variable Fatigue herangezogen wurde (siehe Tabelle 10). Resilienz (CD-RISC) erklärte im ersten Schritt einen signifikanten Varianzanteil von Fatigue (Adj. $R^2 = .06$), die Variable Selbstwirksamkeit erhöhte diesen (Adj. $R^2 = .07$). Durch die Variable soziale Unterstützung konnte der erklärte Varianzanteil nicht erhöht werden (Adj. $R^2 = .07$), doch durch das Hinzufügen der Variable Optimismus konnte eine Vergrößerung beobachtet werden (Adj. $R^2 = .09$). Die Variable Glaube erhöhte den erklärten Varianzanteil nicht weiter (Adj. $R^2 = .09$). Insgesamt konnte eine Effektgröße von $f^2 = 0.10$ beobachtet werden, dies weist auf einen kleinen Effekt der Faktoren hin. Auch in Bezug auf Fatigue konnte nach Hinzufügen der vier anderen Variablen Resilienz (CD-RISC) nicht mehr als signifikanter Prädiktor gelten ($\beta = -.05$, $t(5) = -0.49$, $p = .62$). Ebenso wenig zeigten sich Selbstwirksamkeit ($\beta = -.15$, $t(5) = -1.84$, $p = .07$), soziale Unterstützung ($\beta = -.03$, $t(5) = -0.51$, $p = .61$) und Glaube ($\beta = .06$, $t(5) = 1.11$, $p = .27$) als signifikante Prädiktoren. Die einzige Variable, die Fatigue im letzten Schritt noch signifikant vorhersagte, war Optimismus ($\beta = -.16$, $t(5) = -2.39$, $p = .02$).

Tabelle 10
Multiple Regression: *Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren*

Modell-Fatigue		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.67	0.14	-.25	<.001	.06	22.30	1,334
Schritt 2	Resilienz	-0.33	0.21	-.12	.12			
	Selbstwirksamkeit	-0.49	0.22	-.17	.03	.07	13.91	2,333
Schritt 3	Resilienz	-0.22	0.23	-.08	.34			
	Selbstwirksamkeit	-0.52	0.22	-.19	.02			
	Soziale Unterstützung	-0.14	0.13	-.07	.26	.07	9.70	3,332
Schritt 4	Resilienz	-0.05	0.24	-.02	.83			
	Selbstwirksamkeit	-0.47	0.22	-.17	.04			
	Soziale Unterstützung	-0.08	0.13	-.04	.52	.		
	Optimismus	-0.43	0.18	-.16	.02	.09	8.82	4,331
Schritt 5	Resilienz	-0.12	0.25	-.05	.62			
	Selbstwirksamkeit	-0.42	0.23	-.15	.07			
	soziale Unterstützung	-0.07	0.13	-.03	.61			
	Optimismus	-0.43	0.18	-.16	.02			
	Glaube	0.11	0.10	.06	.27	.09	7.31	5,330

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.3. Multiple Sklerose und psychisches Wohlbefinden

5.3.1. Ergebnisse vierte Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen?

Wie in Tabelle 11 präsentiert, korrelierte Resilienz negativ signifikant ($p < .001$) mit Depressionen, Alexithymie, Ängstlichkeit und Fatigue, wobei sich der höchste Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressionen ergab. Auch untereinander korrelierten die Konstrukte Depression, Angst, Alexithymie und Fatigue positiv signifikant ($p < .001$) miteinander. Dabei zeigten Ängstlichkeit und Depressionen eine besonders hohe Korrelation.

Tabelle 11

Interkorrelationen: Resilienz, Depression, Alexithymie, Ängstlichkeit und Fatigue

	Depression	Alexithymie	Ängstlichkeit	Fatigue
Resilienz	-.44*	-.41*	-.38*	-.29*
Depression		.50*	.77*	.40*
Alexithymie			.49*	.48*
Ängstlichkeit				.40*

Anmerkungen: * $p < .01$

5.3.1.1. Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator

Um die Mediatoreffekte von Alexithymie für den Zusammenhang zwischen Resilienz und Depression zu untersuchen, wurde eine Mediatoranalyse nach Baron und Kenny (1986) durchgeführt (siehe Tabelle 12). Für die vorrausgehenden Schritte der folgenden Mediatoranalysen, siehe Tabelle 11.

Auch nach dem Hinzufügen von Alexithymie als Mediator zeigte sich Resilienz noch als signifikanter Prädiktor des Modells Depression ($\beta = -.28$, $t(2) = -2.91$, $p = .005$), doch der Zusammenhang zwischen Resilienz und Depression hatte sich verringert im Vergleich zu Schritt 1, in dem allein Resilienz als Prädiktor herangezogen wurde (Adj. $R^2 = .18$; $\beta = -.44$, $t(2) = -4.59$, $p < .001$). Alexithymie, welche den Zusammenhang teilweise medierte, konnte als signifikanter Prädiktor gelten ($\beta = .39$, $t(2) = 3.99$, $p < .001$) und den erklärten Varianzanteil von Depressionen erhöhen. Gemeinsam erklärten die beiden

Faktoren einen signifikanten Varianzanteil von Depressionen ($\text{Adj. } R^2 = .30$) und erbrachten einen großen Effekt mit einer Effektgröße von $f = 0.43$.

Tabelle 12

Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Depression

Modell- Depression		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-9.57	2.09	-.44	<.001	.18	21.05	1,88
Schritt 2	Resilienz	-6.15	2.11	-.28	.005			
	Alexithymie	0.36	0.03	.39	<.001	.30	20.25	2,87

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

Eine weitere Mediatoranalyse wurde durchgeführt (siehe Tabelle 13), um den Einfluss von Alexithymie auf den Zusammenhang zwischen Resilienz und Ängstlichkeit zu untersuchen. Wieder wurde Resilienz zunächst als alleiniger Prädiktor in die Regressionsanalyse eingegeben und konnte das Modell Ängstlichkeit signifikant vorhersagen ($\beta = -.38$, $t(2) = -3.86$, $p < .001$). Resilienz erklärte außerdem einen signifikanten Anteil der

Varianz des Modells ($\text{Adj. } R^2 = .13$). Durch das Hinzufügen der Variable Alexithymie wurde der Zusammenhang zwischen Resilienz und Ängstlichkeit teilweise mediert ($\beta = -.22$, $t(2) = -2.18$, $p = .032$). Alexithymie zeigte sich als signifikanter Prädiktor für Ängstlichkeit ($\beta = .40$, $t(2) = 4.02$, $p < .001$). Gemeinsam erklärten die beiden Faktoren einen signifikanten Varianzanteil ($\text{Adj. } R^2 = .26$). Dieser war höher, als der Varianzanteil, den Resilienz allein an Ängstlichkeit erklärte. Der Effekt der beiden Faktoren war groß, mit einer Effektgröße von $f = 0.35$.

Tabelle 13
Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Ängstlichkeit

Modell- Ängstlichkeit	B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-7.82	2.03	-.38	<.001	.13	14.88 1,88
Schritt 2	Resilienz	-4.47	2.05	-.22	.032		
	Alexithymie	8.48	2.12	.40	<.001	.26	16.82 2,87

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

Auch im Bezug auf den Zusammenhang zwischen Fatigue und Resilienz wurde eine Mediatoranalyse durchgeführt, um Alexithymie als eventuellen Mediator zu identifizieren (siehe Tabelle 14). Resilienz als alleiniger Prädiktor sagte Fatigue signifikant voraus und erklärte einen signifikanten Anteil der Varianz (Adj. $R^2 = .07$; $\beta = -.29$, $t(2) = -2.87$, $p = .005$). Durch das Hinzufügen des Mediators Alexithymie zeigte Resilienz keinen signifikanten Zusammenhang mehr zur Fatigue. Alexithymie hingegen sagte Fatigue signifikant voraus und erhöhte den erklärten Varianzanteil (Adj. $R^2 = .22$; $\beta = .43$, $t(2) = 4.23$, $p < .001$).

Tabelle 14
Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Fatigue

Modell-Fatigue		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.72	0.25	-.29	.005	.07	8.24	1,88
Schritt 2	Resilienz	-0.29	0.25	-.12	.26			
	Alexithymie	1.09	2.26	.43	<.001	.22	13.86	2,87

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.3.1.2. Mediatoranalyse: Depression, Ängstlichkeit und Fatigue als Mediatoren

Es wurden ebenfalls statistische Untersuchungen dazu durchgeführt, ob Depression, Ängstlichkeit und Fatigue wiederum als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Resilienz und Alexithymie gelten können. Dies wurde anhand von Regressionen berechnet und es konnte festgestellt werden, dass alle drei Variablen den Zusammenhang teilweise mediieren. Im ersten Schritt wurde jeweils Resilienz als alleiniger Prädiktor eingefügt. Diese konnte Alexithymie signifikant vorhersagen, sowie einen signifikanten Varianzanteil erklären ($\text{Adj. } R^2 = .16$; $\beta = -.41$, $t(2) = -4.17$, $p < .001$). Durch das Hinzufügen des Mediators Depression, der Alexithymie signifikant voraussagte ($\beta = .40$, $t(2) = 3.99$, $p < .001$), verringerte sich der Zusammenhang zwischen Resilienz und Alexithymie ($\beta = -.23$, $t(2) = -2.30$, $p = .02$). Gemeinsam erklärten die beiden Prädiktoren einen signifikanten Anteil der Varianz ($\text{Adj. } R^2 = .28$) und erbrachte einen großen Effekt von $f = 0.39$ (siehe Tabelle 15).

Auch durch das Hinzufügen der Variable Ängstlichkeit, die sich als signifikanter Prädiktor für Alexithymie zeigte ($\beta = .39$, $t(2) = 4.02$, $p < .001$), verringerte sich die Vorhersagekraft von Resilienz ($\beta = -.26$, $t(2) = -2.65$, $p = .01$). Gemeinsam erklärten die beiden Faktoren einen signifikanten Anteil der Varianz ($\text{Adj. } R^2 = .28$) und ergaben einen großen Effekt von $f = 0.39$ (siehe Tabelle 15).

Das Einfügen der Variable Fatigue medierte ebenso den Zusammenhang zwischen Resilienz und Alexithymie ($\beta = -.29$, $t(2) = -3.12$, $p = .002$). Fatigue konnte als signifikanter Prädiktor gelten ($\beta = .39$, $t(2) = 4.23$, $p < .001$) und gemeinsam erklärten die beiden Faktoren einen signifikanten Varianzanteil von Alexithymie ($\text{Adj. } R^2 = .29$). Sie ergaben einen großen Effekt von $f = 0.41$ (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15

Mediatoranalyse: Depression, Ängstlichkeit und Fatigue als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Alexithymie

Modell- Alexithymie		B	SE	β	p	Adj. R^2	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.39	0.09	-.41	<.001	.16	17.40	1,88
Schritt 2	Resilienz	-0.22	0.10	-.23	.02			
	Depression	0.02	0.00	.40	<.001	.28	18.12	2,87
Schritt 1	Resilienz	-0.39	0.09	-.41	<.001	.16	17.40	1,88
Schritt 2	Resilienz	-0.25	0.10	-.26	.01			
	Ängstlichkeit	0.02	0.00	.39	<.001	.28	18.30	2,87
Schritt 1	Resilienz	-0.39	0.09	-.41	<.001	.16	17.40	1,88
Schritt 2	Resilienz	-0.28	0.10	-.29	.002			
	Fatigue	0.16	0.00	.39	<.001	.29	19.33	2,87

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001, β = standard. Beta-Koeffizient

5.4. Untersuchungsergebnisse der Demographischen Daten

Die an Multipler Sklerose erkrankten Personen wurden in Bezug auf Unterschiede in der Resilienz in Abhängigkeit von den erfassten demographischen Daten untersucht. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen innerhalb der folgenden Variablen gefunden werden: Geschlecht ($p = .70$), Nationalität ($p = .34$), Geburtsjahr ($p = .77$), Religionsbekenntnis ($p = .13$), Beziehungsstatus ($p = .45$), Schulausbildung ($p = .42$), Erwerbstätigkeit ($p = .77$), Einkommen ($p = .68$), Rauchgewohnheiten ($p = .58$) und

Alkoholkonsum ($p = .55$). Es konnten auch keine Unterschiede zwischen Personen gefunden werden die sich aktuell in psychologischer Behandlung befanden, solchen, die in der Vergangenheit psychologische Behandlung in Anspruch genommen hatten und jenen, die noch nie in psychologischer Behandlung waren ($p = .23$). Zudem konnten keine Unterschiede zwischen Personen mit verschiedenen Verlaufsformen der Multiplen Sklerose (schubförmig, primär chronisch-progredient, sekundär chronisch-progredient) aufgezeigt werden ($p = .34$).

6. Diskussion

6.1. Diskussion der Ergebnisse der chronisch Erkrankten

6.1.1. Prädiktoren für Resilienz (Sophie Roupetz)

Bezug nehmend auf die erste Fragestellung hatte Selbstwirksamkeit den bedeutendsten Einfluss auf Resilienz bei Personen mit chronischen Erkrankungen. Ähnliche Ergebnisse ergab auch eine Studie von Benight und Bandura (2004), die Selbstwirksamkeit als einen der wichtigsten Faktoren zur Förderung von Resilienz beschrieben. Selbstwirksamkeit definierten Benight und Bandura (2004) als die Erwartung mit eigener Fähigkeit ein Ereignis bewältigen zu können. Ein solches Ereignis kann beispielsweise das Leiden an einer chronischen Erkrankung sein. Die Fähigkeit ein Ereignis ohne fremdes Zutun bewältigen zu können und das Vertrauen in die eigene Person ist demnach bedeutend für Resilienz.

Zudem hat sich soziale Unterstützung als wichtiger Prädiktor für eine gute Resilienz erwiesen. Die Ergebnisse der Studie bekräftigen damit Ansätze von Bonanno et al. (2008), welche soziale Unterstützung mit Resilienz und weniger Sorge über Erkrankungen assoziieren.

Für Personen mit Multipler Sklerose und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen war auch Optimismus ein signifikanter Faktor von Resilienz. Dieses Ergebnis stützt eine Studie von Scheier und Carver (1992), die ergab, dass eine optimistische Lebenseinstellung wesentlich für Resilienz ist. Die Autoren führten dies zurück auf die bessere Anpassungsfähigkeit optimistischer Personen, sowie auf den adäquateren Umgang mit Stress und flexiblere Copingstrategien (Scheier & Carver, 1992). Dies sind Eigenschaften, die auch für Personen mit chronischen Erkrankungen wesentlich sind. Optimismus hat einen direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit eines Menschen (Carver et al., 2010) und ist daher besonders bei bereits erkrankten Personen ein wichtiger Faktor für die Förderung bzw. Optimierung des aktuellen Gesundheitszustandes. Optimismus hatte hingegen auf Resilienz von an chronischem Rückenschmerz erkrankten Personen keinen Einfluss. Dass stattdessen der Glaube vorwiegend bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine Rolle spielt, könnte auf die überwiegend älteren Studienteilnehmenden der Stichproben zurückzuführen sein. Diese setzen sich vielleicht altersbedingt mehr mit spirituellen Glaubensfragen aus-

einander oder sind generationsbedingt noch stärker mit ihrer Religion verbunden. Zudem könnte der traditionelle Glaube in ländlichen Gebieten mehr als in der industrialisierten Stadt vertreten sein (Sekretariat Deutsche Bischofskonferenz, 2012). Glaube zeigte insgesamt einen geringeren Zusammenhang zu Resilienz als die anderen drei Faktoren, dies spiegelt die bisherige Forschung wider (Maddi, 2006), die Religiosität als weniger bedeutsamen resilienzfördernden Faktor betrachtet. So konnten Maddi (2006) feststellen, dass Religiosität nur als protektiver Faktor gesehen werden kann, wenn Personen geringe Werte in Hardiness aufwiesen.

Anhand der Ergebnisse konnten alle Hypothesen bestätigt werden. Allgemein können Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube als bedeutende Faktoren für Resilienz bei Personen mit chronischen Erkrankungen gesehen werden. Dies unterstützt die Arbeitsdefinition der Autorinnen wieder, die davon ausgehen, dass unter anderem diese Faktoren fördernd auf Resilienz und damit auf die Anpassung an widrige Umstände wirken. Außerdem zeigten Interkorrelationen zwischen den einzelnen Konstrukten Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und Optimismus eine signifikant positiv wechselseitige Beeinflussung. Dies spricht dafür dass Personen, welche von ihrem Umfeld unterstützt werden auch optimistischer durchs Leben gehen oder Selbstwirksamkeit von Optimismus bestärkt wird. Im umgekehrten Sinne würden Personen die wenig soziale Unterstützung erfahren auch weniger optimistisch sein und eine geringere Selbstwirksamkeit erfahren. Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit stützen daher auch bisherige Annahmen, welche die psychologischen Faktoren Selbstwirksamkeit und Optimismus in Wechselwirkung als Notwendigkeit für Resilienz sehen (Olsson et al., 2003). Gerade bei chronischen Erkrankungen scheinen gut ausgeprägte resilienzfördernde Faktoren von großer Bedeutung zu sein, um gegen die immer wiederkehrenden Symptome ohne zu große Einbußen der Lebensqualität anzukämpfen. Eine positive Lebenseinstellung und selbstwirksames Verhalten gehen mit einer gut ausgeprägten Resilienz einher und können durch das Anwenden von hilfreichen Copingstrategien in den Alltag integriert werden. Charaktereigenschaften wie Selbstvertrauen sind aber nicht stabil und reagieren auf die Gegebenheiten der Umwelt (Phelps et al., 2007), dies könnte beispielsweise als Erklärung für die Wichtigkeit eines sozial funktionierenden Umfeldes dienen. Sich auf das familiäre Umfeld verlassen zu können, könnte Personen mit chroni-

schen Erkrankungen vor allzu starken Schwankungen einer optimistischen Lebenseinstellung oder hinsichtlich einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung schützen.

6.1.2. Überprüfung der CD-RISC (Jenny Koegel)

In der dritten Fragestellung wurde untersucht, wie ausreichend die CD-RISC in Bezug auf die Gesamtstichprobe durch die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube erklärt werden kann. Die CD-RISC wurde in diesem Projekt dafür eingesetzt die Resilienz einer Person zu erfassen. Wie aus den Ergebnissen der ersten Fragestellung hervorgeht, kann davon ausgegangen werden, dass diese sich aus den vorhergenannten Faktoren zusammensetzt. Es sollte nun erforscht werden, ob die CD-RISC eventuell über den Erklärungsgrad dieser vier Konstrukte hinausgeht, ob es also noch weitere wichtige Resilienzfaktoren gibt, die durch die CD-RISC erfasst werden, welche in dieser Arbeit aber nicht weiter untersucht wurden. Da Depressivität, Ängstlichkeit und Fatigue als Resultat geringer Resilienz bei chronisch Erkrankten gelten (Mosokowitz, 2010), wurden diese als Kriterien herangezogen, anhand derer geprüft werden sollte, ob die CD-RISC diese drei Konstrukte über die anfangs genannten vier Faktoren hinausgehend erklärt.

Beim Heranziehen der Kriteriumsvariablen Angst und Fatigue konnte deutlich gezeigt werden, dass Resilienz, so wie sie die CD-RISC erfasst, durch die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube erklärt werden konnte. Während die CD-RISC als alleiniger Prädiktor einen signifikanten Anteil der Angst und Fatigue erklärte, wurde dieser durch das Hinzufügen der vier Faktoren aufgehoben, sodass der Erklärungsanteil der CD-RISC schlussendlich nicht mehr aussagekräftig war. In Bezug auf Angst und Fatigue konnte bestätigt werden, dass die CD-RISC das Konstrukt Resilienz, bestehend aus den Faktoren, die auch wir weitergehend untersuchten, erfasst. Wieder zeigten sich die Selbstwirksamkeit, die soziale Unterstützung und der Optimismus als besonders bedeutend. Wobei Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung einen wichtigen Anteil der Resilienz in Bezug auf Ängstlichkeit ausmachten und Optimismus bedeutsam für Resilienz bei Fatigue waren.

Wurde Depression als Kriterium bei der Regressionsanalyse eingegeben, ergab sich ein anderes Bild, als bei Ängstlichkeit und Fatigue. Der Erklärungsanteil an Depressivität

durch die CD-RISC konnte nicht vollständig durch die vier Faktoren aufgeklärt werden. Auch nach Hinzufügen der Faktoren, blieb ein signifikanter Anteil der CD-RISC erhalten, der über diese hinausgehend Depressivität vorhersagte. In anderen Worten, es konnte festgestellt werden, dass in Bezug auf Depressivität das Konstrukt Resilienz, so wie sie die CD-RISC erfasste, aus mehr als den von uns untersuchten Faktoren besteht. Nachdem anhand von Einzelanalysen die Items der CD-RISC untersucht wurden, konnten solche, die Resilienz über Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube hinausgehend erklären genauer betrachtet werden (Items: 1, 4, 8, 22; siehe Anhang). Fasste man diese Items zusammen, erinnerten diese an die Konstrukte Kontrollüberzeugung und Anpassungsfähigkeit. Diese beiden könnten weitere bedeutende Faktoren sein, welche die CD-RISC erfasste und welche wichtig für die Vorhersage für Depressivität sind.

Kontrollüberzeugungen werden definiert als „...subjektive Annahmen bzw. Gewissheiten, über Reaktionen zu verfügen, mit deren Hilfe aversive bzw. unangenehme Ereignisse abgewendet, zumindest aber beeinflusst werden können“ (Fröhlich, 2008, S. 293). Die Fähigkeit zur (sozialen) Anpassung beschreibt Fröhlich (2008) als: „allgemeine und umfassende Bezeichnung für den Prozess oder das Ergebnis eines Vorganges, der als Herstellung des Gleichgewichts zwischen Individuum bzw. Organismus und seiner sozialen und/oder physikalischen Umwelt gedeutet wird“ (S.67). Es scheint sinnvoll, sich mit diesen erweiternden Faktoren auseinanderzusetzen, da sowohl Kontrollüberzeugungen als auch die Anpassungsfähigkeit bei Personen mit chronischen Erkrankungen schützend auf die psychische Gesundheit wirken können. Beide Konstrukte sind in der Literatur mit einem höheren psychischen Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht worden (Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters, 2002). So werden internale Kontrollüberzeugungen mit einem besseren Umgang chronischer Erkrankungen und damit einem höheren psychischen Wohlbefinden verknüpft. Gleichzeitig schlagen Meijer et al. (2002) vor, dass Kontrollüberzeugungen selbst zu höherer Anpassungsfähigkeit führen. Dann wäre also die Anpassungsfähigkeit eventuell kein eigener Faktor sondern das Resultat hoher Kontrollüberzeugungen. In diesem Fall wäre es nötig das Resilienzkonstrukt im Bezug auf Depressionen bei chronisch erkrankten Personen um den Faktor Kontrollüberzeugungen zu erweitern. Bereits in einer Faktorenanalyse von Connor und Davidson (2003) stand einer von fünf Faktoren in Bezug zu Kontrollüberzeugungen. Dies deckt sich mit den Er-

gebnissen dieser Studie, bei der sich genau dieser Faktor als weiteres resilienzförderndes Charakteristikum herauskristallisierte. Im Hinblick auf zukünftige Forschung wäre dies durchaus interessant weiter zu beleuchten.

6.2. Diskussion der Ergebnisse der Personen mit Multipler Sklerose

6.2.1. Prädiktoren für Resilienz

Äquivalent zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe zeigte sich in der Gruppe der an Multipler Sklerose erkrankten Personen Selbstwirksamkeit als besonders ausschlaggebend für das Auftreten von Resilienz. Selbstwirksamkeit wird definiert als die „... Überzeugung(en) über Art und Ausmaß der risikofreien Ausführbarkeit und des Erfolges von Handlungsvorsetzen“ (Fröhlich, 2008, S. 435). Die Wichtigkeit von Selbstwirksamkeit als Faktoren, der Resilienz fördert findet sich auch in der Literatur wieder (Benight & Bandura, 2004; McCabe & O'Connor, 2012). Auch soziale Unterstützung und Optimismus trugen ungefähr gleich bedeutend zu einer hohen Resilienz bei. Diese Ergebnisse stützen vorangegangene Studien, bei denen vor allem soziale Unterstützung aber auch eine optimistische Lebenseinstellung als resilienzfördernd betrachtet und mit einer hohen Krankheitsanpassung in Zusammenhang gebracht wurden (McCabe & O'Connor, 2012; Pakenham & Fleming, 2011). Die Betonung der Wichtigkeit sozialer Unterstützung in der Literatur (McCabe & O'Connor, 2012) deckt sich nicht vollständig mit den Ergebnissen dieser Arbeit, die doch einen eindeutigen Schwerpunkt der Selbstwirksamkeit und nicht der sozialen Unterstützung aufzeigten. Keinen Einfluss hatte in dieser Stichprobe der religiöse oder spirituelle Glaube einer Person. Auch in der Literatur zur Resilienz bei Personen mit Multipler Sklerose wird der Glaube einer Person kaum als Schutzfaktor erwähnt und stimmt damit mit den Ergebnissen dieser Arbeit, also der Unbedeutsamkeit des Glaubens einer Person in Bezug auf Resilienz, überein. Wieder konnten die Ergebnisse die Arbeitsdefinition von Resilienz bestätigen die dieser Arbeit unterliegt, mit der Einschränkung, dass Religiosität Resilienz in dieser Stichprobe nicht zu fördern schien.

Eventuell wären weitere Forschungen zur Selbstwirksamkeit bei Personen mit Multipler Sklerose nötig, um Ergebnisse dieser Arbeit zu stützen. Dies wäre besonders deshalb wünschenswert, weil eine hohe praktische Relevanz aus der Beantwortung der Fragestellung abzuleiten ist. Sollte eine hohe Selbstwirksamkeit tatsächlich mit einer hohen

Resilienz einhergehen, so könnte man hier in der Praxis ansetzen und Menschen mit Multipler Sklerose in der therapeutischen Arbeit darin unterstützen eine höhere Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Die Bedeutsamkeit dieser praktischen Implikation wird besonders dann deutlich, wenn man untersucht, wie stark der Einfluss von Resilienz auf die psychische Gesundheit bei Personen mit Multipler Sklerose ist.

6.2.2. Resilienz und psychisches Wohlbefinden bei Personen mit Multipler Sklerose

Die Ergebnisse der vierten Fragestellung dieser Arbeit ergaben, dass Resilienz einen starken Einfluss auf die psychische Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose hat. Sie beeinflusste den Grad an Depressivität, Angst, Alexithymie und chronischer Erschöpfung einer Person. Dies steht in Übereinstimmung mit einem großen Teil der Literatur zu diesem Thema (McCabe & O'Connor, 2012). Geringe Werte in Resilienz standen besonders im Zusammenhang mit höheren Werten in Depressivität. Dies könnte ein Erklärungsansatz für die hohe Prävalenzrate von Depressionen bei Personen mit Multipler Sklerose sein, die teilweise als doppelt so hoch wie bei anderen neurologischen Erkrankungen eingeschätzt wird (Bodini et al., 2008).

Auch in Bezug auf Alexithymie und Ängstlichkeit bestätigte der Zusammenhang zu Resilienz bisherige Ergebnisse (Gay et al., 2010; Mitchell et al., 2005). Auch in dieser Arbeit traten Unterschiede in der Resilienz und im psychischen Wohlbefinden unabhängig von der Verlaufsform der Multiplen Sklerose auf, solche Ergebnisse berichteten bereits Mitchell et al. (2005). Besonders deutlich zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Depressionen und Angst. Das komorbide Auftreten dieser beiden psychischen Erkrankungen ist ein häufiges Phänomen, welches auch in vielen anderen Untersuchungen bestätigt wurde (Cimpean & Drake, 2011). Bisher seltener untersucht, zeigte sich in dieser Arbeit auch eine Verbindung zwischen Resilienz und Fatigue. Interessanterweise war die Korrelation zwischen Fatigue und Alexithymie aber weitaus höher. Dies könnte man dadurch erklären, dass bei alexithymen Personen durch das Fehlen einer kognitiven Verarbeitung von Emotionen der körperliche Ausdruck von Emotionen, in diesem Fall Erschöpfung, vermehrt beachtet wird (Bondini et al., 2008; Grabe & Rufer, 2009). Fatigue würde dann als ein Resultat von Alexithymie auftreten. Auch mit den beiden psychologischen Konstrukten Depression und Angst stand Alexithymie in Verbindung. Diese Ergeb-

nisse bestätigten verschiedene Forschungsarbeiten, die angaben, dass höhere Werte in Alexithymie zu einem niedrigeren psychischen Wohlbefinden führen und vor allem einen Einfluss auf Depressionen und Angststörungen haben (Chahraoui et al., 2008; Duddu et al., 2003; Grabe & Rufer, 2009; Honkalampi et al., 2000). Die Ergebnisse zeigen nicht nur den deutlichen Einfluss von Resilienz auf die psychische Gesundheit, sondern auch viele Zusammenhänge der untersuchten Variablen untereinander. Dies könnte auf gegenseitige Beeinflussungen hinweisen und führt zu der Frage nach einem eventuellen Mediator, der Teile des Zusammenhanges von Resilienz und psychischer Gesundheit erklären könnte.

6.2.3. Alexithymie als Mediator

Als Mediator-Variable wurde zunächst Alexithymie, die sowohl in Verbindung mit Resilienz als auch mit Depression, Angst und Fatigue stand, herangezogen. Tatsächlich erzeugte Alexithymie eine teilweise Mediation des Zusammenhanges von Resilienz und psychischer Gesundheit, das heißt Alexithymie konnte einen Teil dieser Verbindung erklären. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass ein Teil von Depression, Angst und Fatigue nicht direkt durch Resilienz erklärt wird, sondern erst durch die Auswirkung von Resilienz auf Alexithymie und wiederum durch dessen Einfluss auf die psychische Gesundheit, vorausgesagt werden kann. Alexithymie wäre dann also ein Zwischenschritt, der resultierend aus einer geringen Resilienz, zu höheren Werten in Depression, Angst und Fatigue führen kann. Die Ergebnisse der Mediatoranalyse bestätigen bisherige Forschung, die Alexithymie in engen negativen Zusammenhang mit verschiedenen resilienzfördernden Faktoren stellt (Lumley et al., 1996; Parker et al., 2001) sowie von Verbindungen zwischen Alexithymie und psychischen Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen berichtet (Grabe & Rufer, 2009)

Alexithymie wird besonders in Zusammenhang mit Personen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, gebracht (Habib et al., 2003) und so es ist auch hier sinnvoll die praktische Relevanz des Themas zu bedenken. Wie oben bereits beschrieben, scheint in Bezug auf Resilienz besonders ein Fokus auf die Selbstwirksamkeit in der therapeutischen Praxis bedeutsam, da aber nun die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur Resilienz von Wichtigkeit für die psychische Gesundheit bei Personen mit Multipler Sklerose ist, sondern

eben auch Alexithymie, wäre es folgerichtig multimodal therapeutisch zu arbeiten. Dies bedeutet, dass die psychische Gesundheit von verschiedenen Faktoren abhängt und man auch in der Praxis nicht nur an einem dieser Faktoren, sondern an verschiedenen ansetzt. Man könnte in dieser Weise versuchen nicht nur die Selbstwirksamkeit einer Person zu stärken, sondern ebenso alexithyme Verhaltensweisen zu reduzieren. Bei der Behandlung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose wäre demnach sowohl das therapeutische Arbeiten an der Alexithymie als auch an resilienzfördernden Faktoren besonders wichtig. Dies könnte deshalb noch verstärkt der Fall sein, da die Schwierigkeit von alexithymen Person eigene Emotionen zu erkennen und zu beschreiben (Grabe & Rufer, 2009), den Aufbau von Selbstwirksamkeit, Optimismus und sozialer Unterstützung erschweren kann (Lumley et al., 1996; Parker et al., 2001). Ebenso wie die in dieser Arbeit aufgezeigte gegenseitige Beeinflussung fast aller Variablen, könnte sich dies in der praktischen Arbeit widerspiegeln. So ist es denkbar, dass einer Person, die Emotionen verstehen und verbalisieren kann, der Aufbau unterstützender sozialer Beziehungen leichter fällt, wie auch das Bilden von Überzeugungen bestimmte Handlungsvorhaben erfolgreich durchführen zu können. Es gilt also Alexithymie ebenso wie Resilienz Beachtung zu schenken, um bei Auftreten psychischer Belastungen bei Personen mit Multipler Sklerose möglichst optimale psychologische Unterstützung bieten zu können.

6.2.4. Depression, Angst und Fatigue als Mediatoren

Bei der Untersuchung zur Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit stellte sich die Frage, ob nicht gleicherweise die psychische Belastung, also Depressionen, Angst und Fatigue die Korrelation zwischen Resilienz und Alexithymie beeinflusst. Tatsächlich zeigte sich auch hier eine teilweise Mediation. Es konnte also nicht nur Alexithymie einen Teil an der Verknüpfung zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit erklären, sondern auch die psychische Gesundheit einen Teil des Zusammenhanges zwischen Resilienz und Alexithymie. Dies mag auf ersten Blick etwas unklar erscheinen, zeigt aber nur wieder die vielen Verbindungen, welche die in dieser Arbeit miteinbezogenen Variablen eingegangen sind, sowie die gegenseitigen Auswirkungen, die diese aufeinander hatten. Mit den Ergebnissen dieser Media-

tor-Analyse konnte der oben genannte Erklärungsansatz noch erweitert werden. Es besteht nicht nur die Möglichkeit, dass der Weg von geringer Resilienz über hohe alexithyme Werte zur schlechteren psychischen Gesundheit führt, sondern, dass gleichsam ein Teil von Alexithymie durch das Auftreten von psychischer Belastung zu erklären ist. Geringere Resilienz würde in diesem Fall zu höheren Werten in Depressionen, Angst und Fatigue führen und diese psychischen Schwierigkeiten wiederum könnten zu einer höheren Auftretswahrscheinlichkeit von Alexithymie leiten. Solche Zusammenhänge bestätigen Studien, die eine niedrigere psychische Funktionsfähigkeit bei Personen mit weniger resilienzfördernden Faktoren aufzeigten (McCabe & O'Connor, 2012; Pakenham & Fleming, 2011), sowie solche die Depressionen, Angst und Fatigue mit Alexithymie in Verbindung bringen (Bondini et al., 2008; Grabe & Rufer, 2009). Es ist nicht untypisch, dass Personen mit psychischen Erkrankungen vermehrt Schwierigkeiten in der Emotionserkennung und -beschreibung haben (Leweke, Leichsenring, Kruse, & Hermes, 2012). Dies wiederum kann weitere Auswirkungen auf die bereits bestehende psychische Belastung haben, wie man an den vorherigen Ergebnissen erkennen konnte.

Es gilt also wie vorher bereits erwähnt bei Personen mit Multipler Sklerose einen allumfassenden Ansatz zu finden, der einzelne Ressourcen und Risikofaktoren, sowie deren Wechselwirkungen berücksichtigt. Denn ebenso multidimensional wie die Resilienz und die psychische Gesundheit einer Person beschaffen ist, sollte auch in der Praxis vorgegangen werden. Diese Arbeit wurde unter anderem geschrieben, um dabei zu helfen verschiedene Ressourcen aber auch Risikofaktoren von psychischer Gesundheit bei Personen mit Multipler Sklerose genauer zu untersuchen und damit die Bedeutsamkeit von multimodaler Arbeit in der therapeutischen Praxis zu unterstreichen.

6.3. Kritik und Einschränkungen der Studie (Theresa Hettl)

Die Fragebogenbatterie setzte sich aus 12 bzw. 13 Instrumenten und den demographischen Daten zusammen. Da viele der Verfahren bis zu 25 Items beinhalten, war die Bearbeitung für die Patientinnen und Patienten sehr langwierig und anstrengend. Abgesehen davon, dass allein das Durchlesen der Aussagen hohe Konzentration forderte, brauchte es auch viel Kraft, diese bezüglich des eigenen Lebens zu reflektieren und anschließend zu bewerten. Da die Personen allesamt durch ihre chronische Erkrankung

bereits eingeschränkt waren, klagten sie verstärkt über die Anstrengungen, die sie durch die verwendete Fragebogenbatterie empfanden. Bei der Dateneingabe und bei den Untersuchungen konnte auch eine gewisse Tendenz dahingehend verzeichnet werden, dass die Antworten bei den Verfahren am Ende der Batterie systematischer und schneller gegeben wurden. Es machte den Anschein, dass die Geduld zum Teil nachließ und die Patientinnen und Patienten einfach nur schnell fertig werden wollten und weitaus weniger über die Aussagen reflektierten. Spezifisch zu den einzelnen Verfahren zeigten sich bei allen drei Personengruppen Unklarheiten und Probleme bei der Bearbeitung des TLEQ. Einigen waren die Aussagen zu intim und persönlich. Zudem war die Beantwortung der Items 18 und 19 (siehe Anhang) sehr uneinheitlich und verdeutlichte damit die bereits während des Ausfüllens entstandenen Schwierigkeiten.

Durch die genaue Untersuchung der CD-RISC entsteht der Aspekt für weitere Forschungen, diesen durch die spezifischen Verfahren der einzelnen Prädiktoren zu ersetzen. Solange das Konstrukt der Resilienz noch keine klare Definition und Erklärung hat, sollte auf Verfahren, die dieses direkt erfassen wollen, eventuell verzichtet werden. Zum aktuellen Forschungsstand kann keines den Anspruch erheben, tatsächlich Resilienz zu erfassen. Jedoch soll hiermit nicht ausgeschlossen werden, dass es nach entsprechender Forschung durchaus möglich ist, eine neue Methode zur Messung der Resilienz zu entwickeln oder die CD-RISC zu überarbeiten.

Interessanterweise zeigten sich bezüglich des Commitments und des Interesses an der Studie sehr unterschiedliche Einstellungen unter den befragten Personen mit chronischen Erkrankungen. Die Personen mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen und Multipler Sklerose waren wesentlich kooperativer als die Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Dies kann durch unterschiedlichste Faktoren beeinflusst worden sein. Am plausibelsten wären das Erhebungsgebiet oder aber auch die Prävalenz der Krankheiten sowie der Umgang und die Meinung der Gesellschaft hinsichtlich der Erkrankungen. Hier konnte ebenfalls eine größere Bereitschaft bei den Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Multipler Sklerose verzeichnet werden. Sie gaben an, dass es sie sehr freue, dass jemand Interesse an ihrem Leben mit der Krankheit zeige. Die Personen mit chronischen Rückenschmerzen waren hingegen sehr reserviert und wenig motiviert.

Die Arbeiten lieferten aber und gerade wegen der langen Fragebogenbatterie sehr viele Informationen und aufschlussreiche Ergebnisse. Diese wertvollen Beiträge resultieren nicht nur aus der Menge der verwendeten Verfahren, sondern auch aus dem Grundaufbau, der es vorsah, dass zusätzlich zu den spezifischen Stichproben eine Gesamtstichprobe mit allen Personen der drei chronischen Erkrankungen zur Verfügung stehen sollte. Somit konnten nicht nur die spezifischen Krankheiten hinsichtlich der Resilienz analysiert werden, sondern auch allgemeine Untersuchungen für chronische Erkrankungen an einer wesentlich größeren Stichprobe durchgeführt werden.

7. Conclusio/Ausblick (Theresa Hettl)

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts konnten dessen Implikationen deutlich erfüllen. Sie lieferten wichtige und aufschlussreiche Informationen, die dem Vorhaben der genauen Definition und Beschreibung der Resilienz eine große Unterstützung sind. Die Ergebnisse zeigten eindeutig, dass Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube wichtige Faktoren der Resilienz sind. Zudem konnten die positiven Effekte einer guten Resilienz auf die psychische Gesundheit der befragten Personen bestätigt werden.

Auf Basis dieser Ergebnisse können in weiteren Forschungen noch spezifischere Untersuchungen durchgeführt werden, um das Konstrukt der Resilienz letztendlich klar beschreiben zu können. Die Arbeiten zeigen auf, wie wichtig psychologische Faktoren im Umgang mit chronisch erkrankten Personen sind. Ein wichtiges Fazit dieser Untersuchung ist zudem, dass der zusätzliche Einsatz psychologischer Beratung die Behandlung bei chronisch Erkrankten effektiver und nachhaltiger macht. Somit ist eine engere Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychologie erforderlich und von großer Bedeutung.

8. Literaturverzeichnis

- Adler, R.H. (2009). Engel's biopsychosocial Model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 607-611.
- Alexander, C. (1998). *The Endurance: Shackleton's legendary Antarctic expedition*. New York: Alfred A. Knopf.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Autor.
- Atkinson, P.A., Martin, C.R., & Rankin J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 137-145.
- Bagby, R.M., & Taylor, G.J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 287-294.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Benight, C.C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Binder, E.B., Bradley, R.G., Liu, W., Epstein, M.P., Deveau, T.C., ... Ressler, K.J. (2008). Association of *FKBP5* Polymorphisms and Childhood Abuse With Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adults. *The Journal of American Medical Association*, 299, 1291-1305.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R.F. (2006). *Biologische Psychologie* (6., aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Bodini, B., Mandarelli, G., Tomassini, V., Tarsitani, L., Pestalozza, I., Gasperini, C., Lenzi, G.L., Pancheri, P., & Pozzilli, C. (2008). Alexithymia in Multiple Sclerosis: relationship with fatigue and depression. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118, 18-23.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychological Association*, 59, 20-28.
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135-138.
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682.
- Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121, 369-375.
- Bonanno, G.A., Rennicke, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 984.
- Buchinger, R. (2005). *Multiple Sklerose, Darstellung der Gesamtproblematik von chronischen Belastungen*. Linz: Trauner.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstorm, S.Z. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

- Chahraoui, K., Pinoit, J.M., Viegas, N., Adnet, J., Bonin, B., & Moreau, T. (2008). Alexithymia and links with depression and anxiety in multiple sclerosis. *Revista de Neurologia*, 164, 242-245.
- Chen, X., DeSouza, A., Chen, H., & Wang, L. (2006). Reticent behavior and experiences in peer interactions in Canadian and Chinese children. *Developmental Psychology*, 42, 656-665.
- Cimpean, D., & Drake, R.E. (2011). Treating co-morbid chronic medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 141-150.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 46-49.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., & Lee, L.C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 487-494.
- Connor, K.M., Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Churchill, L.E., Malik, M.L., & Davidson, J.R.T. (1999). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 17-22.
- Curtis W.J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
- Davydov, D.M., Steward, R., Ritchie, K., & Chaudieu I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., ... Zaslavsky, A.M. (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- DiCorcia, J.A., & Tronick, E. (2011). Quotidian resilience: Exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 1593-1602.
- Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 435-438.
- Fava, G.A., Mangelli, L., & Ruini, C. (2001). Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 171-175.
- Feder, A., Nestler, E.J., & Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Frederikson, B.L. (2004). The broaden-and-built-theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 367-377.
- Frederikson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., & Larkin, G.E. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult Resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Fröhlich W.D. (2008). *Wörterbuch Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Gay, M.C., Vrignaud, P., Garitte, C., & Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121, 161-170.
- Geisheim C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48, 28-36.
- Goretti, B., Portaccio, P., Zipoli, V., Razzolini, L., & Amato, M.P. (2010). Coping strategies, cogni-

- tive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Science*, 31, 227-230.
- Gottfredson, L.S., & Deary, I.J. (2004). Intelligence Predicts Health and Longevity, but Why? *American Psychological Society*, 13, 1-4.
- Grabe, H.J., & Rufer, M. (2009). *Alexithymie: Ein Störung der Affektregulation*. Bern: Hogrefe.
- Gross, J.J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiologie*, 39, 281-291.
- Gulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2003). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R- D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 203-213.
- Habib, M., Daquin, G., Pelletier, J., Montreuil, M., & Robichon, F. (2003). Alexithymia as a Consequence of Impaired Callosal Function: Evidence from Multiple Sclerosis Patients and Normal Individuals. In E. Zaidel (Hrsg.) & M. Lacoboni (Hrsg.), *The Parallel Brain* (415-422). Cambridge: MIT.
- Haefel, G.J., & Grigorenko, E.L. (2007). Cognitive vulnerability to depression: Exploring risk and resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 435-448.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., & Ehler, U. (2005). Predicting Posttraumatic Stress Symptoms From Pretraumatic Risk Factors: A 2-Year Prospective Follow-Up Study in Firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2276-2286.
- Honkalampi, K., Hintikka J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Känel, R., Dimsdale J.E., Patterson, T.L., & Grant, I. (2002). Acute Procoagulant Stress Response as a Dynamic Measure of Allostatic Load in Alzheimer Caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 42-48.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleinman, L., Zodet, M. W, Hakim, Z., Aledort, J., Barker, C., Chan, K., Krupp, L., & Revicki, D. (2000). Psychometric evaluation of the fatigue severity scale for use in chronic hepatitis C. *Quality of Life Research*, 9, 499-508.
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the Concept and its Utility for Social Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 421-433.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 146-154.
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14, 187-201.
- Kroenke, D.C., Lynch, S. G., & Denney D. R. (2000). Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern. *Nature*, 6, 131-136.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. *Psychiatrische Praxis*, 35, 399-403.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, 2, 7-30.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology*, 45, 22-28.
- Lobentanz, I.S., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 6-13.
- Lumley, M.A., Oviess, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey B. (1996). Alexithymia, Social Support and Health Problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111.
- Lyons, D.M., Buckmaster, P.S., Lee, A.G., Wu, C., Mitra, R., Duffey, ... Schatzberg, A.F. (2010). Stress coping stimulates hippocampal neurogenesis in adult monkeys. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 14823-14827.
- Lyssenko, L., Rottmann, N., & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1067-1072.
- Maddi, S.R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 160-168.
- Martin, R.A. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor*, 17, 1-19.
- Manyena, S.B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, 30, 433-450.
- McCabe, M.P., & O'Connor, E.J. (2012). Why are some people with neurological illness more resilient than others? *Psychology, Health & Medicine*, 17, 1, 17-34.
- McCormick, B.P., Frey, G.C., Lee, C.-T., Gajic, T., Stamatovic-Gajic, B., & Maksimovic, M. (2009). A pilot examination of social context and everyday physical activity among adults receiving Community Mental Health Services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 243-247.
- McFarlane, A.C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. *Traumatic stress*, 155-181.
- McKenzie, K., Bhui, K., Nanchahal, K., & Blizard, B. (2008). Suicide rates in people of South Asian origin in England and Wales: 1993-2003. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 406-409.
- Meijer, S.A., Sinnema, G., Bijstra, J.O., Mellenbergh, G.J., & Wolters, W.H.G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 54, 1453-1461.
- Mitchell, A.J., Benito-León, J., González, J. M.M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4, 556 – 566.
- Mosokowitz, J.T. (2010). Positive Affect at the Onset of Chronic Illness, Planting the Seeds of Resilience. In J.W. Reich (Hrsg.), A.J. Zautra (Hrsg.), & J.S. Hall (Hrsg.), *Handbook of Adult Resilience* (465-483). New York: The Guilford Press.
- Neff, L.A., & Broady, E.F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1050-1067.
- Newman, J., Bidjerano, T., Ozdogru, A.A., Kao, C., Ozkose-Kiyik, C., & Johnson, J.J. (2007). What do they usually do after school? A comparative analysis of 4th grade children in Bulgaria, Taiwan and the United States. *The Journal of Early Adolescence*, 27, 431-456.
- Ní Raghallaigh, M., & Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child & Family Social Work*, 15, 226-237.

- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A., & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Pakenham, K.I., & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology and Health*, 26, 10, 1292-1309.
- Parker, J.D., Taylor, G.J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Paterson, B.L. (2001). The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 21-26.
- Phelps, E., Balsano, A.B., Fay, K., Peltz, J.S., Zimmerman, S.M., Lerner, R.M., & Lerner, J.V. (2007). Nuances in early adolescent developmental trajectories of positive and of problematic/risk behaviors: Findings from the 4-H Study of Positive Youth Development. *North American Clinics of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 473-496.
- Pieter, A., Fröhlich, M., & Klein, M. (2011). Kohärenzgefühl bei Personen mit neuromuskulären Erkrankungen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 27, 1-5.
- Pittion-Vouyovitch, S., Debouverie, M., Guillemin, F., Vandenbergh, N., Anxionnat, R., & Vespignani, H. (2006). Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal of the Neurological Sciences*, 243, 39-45.
- Reuben, N., Rebecca P.A., & Moon-Ho, R.H. (2012). Coping with Anxiety, Depression, Anger and Aggression: The Mediational Role of Resilience in Adolescents. *Child Youth Care Forum*, 41, 529-546.
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2, 135-146.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sajdyk, T.J., Johnson, P.L., Leitermann, R.J., Fitz, S.D., Dietrich, A., Morin, M., ... Shekhar, A. (2008). Neuropeptide Y in the amygdala induces long-term resilience to stress-induced reductions in social responses but not hypothalamic-adrenal-pituitary axis activity or hyperthermia. *The Journal of Neuroscience*, 28, 893-903.
- Salminen, S., Saarijärvi, J.K., Toikka, T.B., Kauhanen, J., & Aarela, E. (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *Journal of psychosomatic Research*, 61, 275-278.
- Sameroff, A., Gutman, L.M., & Peek, S.C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Hrsg.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (364-391). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schmidt, R.M., & Hoffmann, F.A. (2006). *Multiple Sklerose*. München: Urban & Fischer.
- Seery, M.D. (2011). Resilience: A Silver Lining to Experiencing Adverse Life Events? *Current Directions in Psychological Science*, 20, 390-394.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (2012). *Katholische Kirche in Deutschland. ZAHLEN UND FAKTEN 2011/12*. Bonn: LUTHE Druck und Medienservice KG.

- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S., & Viikari-Juntura, E. (2009). Meta- and Pooled Analyses. The Association between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171, 135-154.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggings, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioural Medicine*, 15, 194-200.
- Steck, A.J., Hartung, H.P., & Kieseier, B.C. (2003). *Demyelinisierende Erkrankungen. Neuroimmunologie und Klinik*. Darmstadt: Steinkopffverlag.
- Taft, C.T., Watkins, L.E., Stafford, J., Street, A.E., & Monson, C.M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 22-33.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (1997). In G.J. Taylor, R.M. Bagby, & J.D. Parker, *Disorders of affect regulation* (46-66). Cambridge: Cambridge University Press
- Teegen, F., & Cizmic, L.D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16, 77-91.
- Thalhammer, M. (2011). *Häufigkeit & Entstehung der Multiplen Sklerose*. Verfügbar unter http://www.netdoktor.at/health_center/ms/entstehung.htm [05.06.2012].
- Tran, U.S., Glück, T.M., & Lueger-Schuster, B. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: is it resilience? *BMC Psychiatry*, 13, 1-10.
- Tugade, M.M., & Frederickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 1-17.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction) (2005). *Hyogo Framework for 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. Verfügbar unter <http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>. [12.04.2013].
- Wachs, T.D. (2006). Contributions of temperament to buffering and sensitization processes in children's development. In B.M. Lester (Hrsg.), A.S. Masten (Hrsg.) & B. McEwen (Hrsg.), *Resilience in children* (28-39). Boston: Blackwell.
- Wang, X., & Ho, P.S.Y. (2007). My sassy girl: A qualitative study of women's aggression in dating relationships in Beijing. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 623-628.
- Wehner, J. (2012). *Multiple Sklerose, Epidemiologie*. Verfügbar unter <http://www.medizininfo.de/kopfundseele/multiplesklerose/msepi.htm> [05.06.2012].
- Werner, E. (2005). Resilience Research: Past, Present and Future. In R.D. Peters, B. Leadbeater & R.R. McMahon (Hrsg.), *Resilience in Children, Families and Communities, Linking Context to Practice and Policy* (S. 3-12). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Werner, E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. New York: Cornell University Press.
- Windle, G., Bennett, K.M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-18.
- Wong, P.T.P., Wong, L.C.J., & Scott, C. (2006). Beyond stress and coping: The positive psychology of transformation. In P.T.P. Wong (Hrsg.) & L.C.J. Wong (Hrsg.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (1-28). New York: Springer.
- Ying, Y., Han, M., & Wong, S.L. (2008). Cultural orientation in Asian American adolescents: Variation by age and ethnic density. *Youth and Society*, 39, 507-523.

Messinstrumente:

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung des deutschen „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Derogatis, L.R. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI) 18. *Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O.B., Kocalevent, R.D., Weber, C., & Klapp, B.F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, 67, 78-88.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43-48.
- Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A.D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46, 1121–1123.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Loch, N., Hiller, W., & Witthöft, M. (2011). Der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Erste teststatistische Überprüfung einer deutschen Adaption. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 94-106.
- Rammstedt, B., & John, O.P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K). *Diagnostica*, 51, 195-206.
- Ruch, W., Köhler, G., & van Thriel, C. (1996). Assessing the ‘humorous temperament’: Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory-STCI. *Humor:International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz – Prävention – Behandlung*. Bern: Huber.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Demographische Daten der Gesamtstichprobe und der an Multipler Sklerose erkrankten Personen</i>	48
Tabelle 2 <i>Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen</i>	55
Tabelle 3 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube</i>	56
Tabelle 4 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i>	57
Tabelle 5 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube</i>	58
Tabelle 6 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung als Prädiktoren</i>	59
Tabelle 7 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i>	60
Tabelle 8 <i>Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i>	62
Tabelle 9 <i>Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i>	64
Tabelle 10 <i>Multiple Regression: Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i>	66
Tabelle 11 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Depression, Alexithymie, Ängstlichkeit und Fatigue</i>	67
Tabelle 12 <i>Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Depression</i>	68
Tabelle 13 <i>Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Ängstlichkeit</i>	69
Tabelle 14 <i>Mediatoranalyse: Alexithymie als Mediator für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Fatigue</i>	70
Tabelle 15 <i>Mediatoranalyse: Depression, Ängstlichkeit und Fatigue als Mediatoren für den Zusammenhang zwischen Resilienz - Alexithymie</i>	72

10. Anhang

10.1. Demographische Daten

	Gesamtstichprobe	MS
Höchste abgeschlossene Ausbildung <i>n</i> (%)		
Pflichtschule	16	10
Lehrabschluss	34	27
Meisterprüfung	5	6
Berufsbildende mittlere Schule	8	14
Hochschulreife	19	23
Bachelor, Master oder äquivalent	14	11
PhD oder Doktorat	2	2
Erwerbstätigkeit <i>n</i> (%)		
Keine	43	62
Geringfügig	5	1
Teilzeit	14	14
Vollzeit	30	18
Einkommen <i>n</i> (%)		
0 bis 499 €	12	8
500 bis 999 €	21	5
1000 bis 1499 €	25	29
1500 bis 1999 €	23	19
2000 bis 2999 €	6	7
3000 bis 4999 €	3	3
5000 € oder mehr	1	1
Rauchen <i>n</i> (%)		
Nein	47	52
Nein, aber früher	33	27
Ja, gelegentlich	6	9
Ja, regelmäßig	13	11
Alkohol <i>n</i> (%)		
Nein	23	20
Nein, aber früher	9	10
Ja, täglich	5	6
Ja, mehrmals pro Woche	17	18
Ja, aber seltener als 1x pro Woche	45	44,0
Psychologische Behandlung <i>n</i> (%)		
Nein	53	46
Ja, in der Vergangenheit	30	38
Ja, aktuell	12	11
Ja, Vergangenheit & aktuell	3	3

Traumatische Ereignisse <i>n</i> (%)		
Naturkatastrophen	11	13
Unfälle	57	61
Kriegsgebiete	7	6
Tod nahestehender Person	69	54
bedroht, ausgeraubt, angegriffen	76	43
...oder verfolgt		
beobachtet, wie jemand	9	3
...verletzt/getötet wird		
körperliche Gewalt in Familie	52	40
...oder Partnerschaft		
sexueller Missbrauch	31	21
mindesten ein Ereignis	90	87

10.2. Fragebogenbatterie

Information zur Studienteilnahme

Ich studiere Psychologie an der Universität Wien und lade Sie herzlich ein, im Zuge meiner Diplomarbeit an einer psychologischen Studie freiwillig als Versuchsperson teilzunehmen. Meine Befragung richtet sich gezielt an Menschen mit Multipler Sklerose. Diese sind einer Reihe an Belastungen ausgesetzt und erleben eine Vielzahl an Einschränkungen und Veränderungen im Alltag. Mich interessiert, welche Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften Menschen mit Multipler Sklerose helfen, mit ihren Belastungen umzugehen.

Der folgende Fragebogen beinhaltet verschiedene Fragen zu Ihren persönlichen Einschätzungen bzw. Empfindungen. Bitte lesen Sie sich die Instruktionen der Fragebögen genau durch und beantworten Sie alle Fragen, selbst wenn manche ähnlich klingen.

Ihre Rechte:

Selbstverständlich können Sie jederzeit vor und während der Studie weitere Informationen über Zweck, Ablauf usw. der Studie von den Personen erfragen, die die Datenerhebung durchführen. Sie können die Untersuchung jederzeit auch ohne Angabe von Gründen von sich aus abbrechen.

Datenschutz:

Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Alle Ihre Person betreffenden Daten werden getrennt von den erhobenen Daten aufbewahrt, sodass Ihre Anonymität stets gewahrt bleibt.

Einverständniserklärung:

Durch Ihre Teilnahme bestätigen Sie, dass Sie die vorliegende Versuchspersonen-Information gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diese Studie wird im Rahmen der Diplomarbeit von Jenny Koegel durchgeführt.
Betreuung durch Frau Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuester und Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran

Universität Wien, Fakultät für Psychologie
Institut für Angewandte Psychologie:
Gesundheit, Entwicklung und Förderung
Liebiggasse 5, A-1010 Wien

BFI-K Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Kategorie neben der jeweiligen Aussage an.	sehr unzutreffend	eher unzutreffend	weder noch	eher zutreffend	sehr zutreffend
1. Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	1	2	3	4	5
2. Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	1	2	3	4	5
3. Ich erledige Aufgaben gründlich.	1	2	3	4	5
4. Ich werde leicht deprimiert, niedergeschlagen.	1	2	3	4	5
5. Ich bin vielseitig interessiert.	1	2	3	4	5
6. Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	1	2	3	4	5
7. Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	1	2	3	4	5
8. Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	1	2	3	4	5
9. Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	1	2	3	4	5
10. Ich bin tiefsinnig, denke gerne über Sachen nach.	1	2	3	4	5
11. Ich bin eher der „stille Typ“, wortkarg.	1	2	3	4	5
12. Ich kann mich kalt und distanziert verhalten.	1	2	3	4	5
13. Ich bin tüchtig und arbeite flott.	1	2	3	4	5
14. Ich mache mir viele Sorgen.	1	2	3	4	5
15. Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	1	2	3	4	5
16. Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	1	2	3	4	5
17. Ich kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	1	2	3	4	5
18. Ich mache Pläne und führe sie auch durch.	1	2	3	4	5
19. Ich werde leicht nervös und unsicher.	1	2	3	4	5
20. Ich schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke.	1	2	3	4	5
21. Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	1	2	3	4	5

SCTI				
Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
1. Auch schwierige Situationen gehe ich leichten Herzens an.	1	2	3	4
2. Mein Alltag bietet mir oft Anlass zum Lachen.	1	2	3	4
3. Ich lächle häufig.	1	2	3	4
4. Die gute Laune anderer wirkt ansteckend auf mich.	1	2	3	4
5. Die kleinen Dinge des Alltags finde ich oft komisch und erheiternd.	1	2	3	4
6. Ich gehe unbeschwert durchs Leben.	1	2	3	4
7. Ich bin oft in heiterer Stimmung.	1	2	3	4
8. Ich bin ein fröhlicher Typ.	1	2	3	4
9. Es fällt mir leicht, gute Laune zu verbreiten.	1	2	3	4
10. Ich lache gerne und viel.	1	2	3	4
11. Ich unterhalte meine Freunde gerne mit lustigen Geschichten.	1	2	3	4
12. Lachen wirkt auf mich sehr ansteckend.	1	2	3	4
13. Ich bin ein lustiger Mensch.	1	2	3	4
14. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass an dem Sprichwort „Lachen ist die beste Medizin“ wirklich etwas dran ist.	1	2	3	4
15. Ich bin ein heiterer Mensch.	1	2	3	4
16. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	1	2	3	4
17. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	1	2	3	4
18. Ich bin häufig in einer vergnügten Stimmung.	1	2	3	4
19. Ich habe ein sonniges Gemüt.	1	2	3	4
20. Die kleinen Missgeschicke des Alltags finde ich oft amüsant, selbst wenn sie mich betreffen.	1	2	3	4

SWE					
Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1.	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
2.	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
3.	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4.	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
5.	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
6.	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
7.	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
8.	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
9.	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10.	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

CD-RISC						
Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den <u>letzten Monat</u> hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre.		überhaupt nicht wahr	selten wahr	manchmal wahr	oft wahr	fast immer wahr
1.	Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.	0	1	2	3	4
2.	Ich habe mindestens eine enge und sichere Bindung zu jemandem, die mir als Unterstützung dient, wenn ich unter Stress stehe.	0	1	2	3	4
3.	Wenn es keine klaren Lösungen für meine Probleme gibt, kann mir manchmal mein Glaube oder Gott helfen.	0	1	2	3	4
4.	Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4

5.	Erfolge aus der Vergangenheit geben mir Vertrauen, so dass ich mit neuen Herausforderungen und Schwierigkeiten zurechtkomme.	0	1	2	3	4
6.	Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4
7.	Der Umgang mit Stress kann mich stärken.	0	1	2	3	4
8.	Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.	0	1	2	3	4
9.	Egal ob gut oder schlecht, ich glaube, dass die meisten Ereignisse im Leben einen Sinn haben.	0	1	2	3	4
10.	Ich gebe stets mein Bestes, unabhängig davon wie die Situation endet.	0	1	2	3	4
11.	Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können.	0	1	2	3	4
12.	Auch wenn die Dinge hoffnungslos scheinen gebe ich nicht auf.	0	1	2	3	4
13.	Während einer stressreichen Zeit oder Krise weiß ich, wohin ich mich wenden muss um Hilfe zu bekommen.	0	1	2	3	4
14.	Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.	0	1	2	3	4
15.	Ich bevorzuge es die Führung zu übernehmen wenn Probleme gelöst werden müssen, anstatt den anderen alle Entscheidungen zu überlassen.	0	1	2	3	4
16.	Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.	0	1	2	3	4
17.	Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	0	1	2	3	4
18.	Ich bin wenn nötig in der Lage Entscheidungen zu fällen, die andere Menschen betreffen.	0	1	2	3	4
19.	Ich bin fähig mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.	0	1	2	3	4
20.	Ohne zu wissen wieso, muss man im Umgang mit den Problemen im Leben manchmal mit einer gewissen Vorahnung handeln.	0	1	2	3	4
21.	Ich habe ein starkes Gefühl in meinem Leben eine Aufgabe zu haben.	0	1	2	3	4
22.	Mein Leben habe ich unter Kontrolle.	0	1	2	3	4
23.	Ich mag Herausforderungen.	0	1	2	3	4
24.	Ich arbeite um meine Ziele zu erreichen und lasse mich nicht davon beirren, wenn mir Steine in den Weg geworfen werden.	0	1	2	3	4
25.	Auf das was ich erreiche, bin ich stolz.	0	1	2	3	4

<u>CERQ</u>					
Jedem von uns passieren hin und wieder negative oder unangenehme Ereignisse und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
1. Ich denke, dass ich Schuld habe.	1	2	3	4	5
2. Ich denke, dass ich akzeptieren muss, dass dies geschehen ist.	1	2	3	4	5
3. Ich denke darüber nach, wie ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, fühle.	1	2	3	4	5
4. Ich denke an schönere Dinge als an das, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
5. Ich überlege, was ich am besten tun kann.	1	2	3	4	5
6. Ich denke, dass andere daran Schuld haben.	1	2	3	4	5
7. Ich denke, dass ich derjenige bin, der für das, was passiert ist, verantwortlich ist.	1	2	3	4	5
8. Ich denke, dass ich die Situation akzeptieren muss.	1	2	3	4	5
9. Ich bin eingenommen davon, was ich über das, was ich erlebt habe, denke und fühle.	1	2	3	4	5
10. Ich denke an angenehme Dinge, die nichts damit zu tun haben.	1	2	3	4	5
11. Ich überlege, wie ich am besten mit der Situation umgehen kann.	1	2	3	4	5
12. Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.	1	2	3	4	5
13. Ich denke, dass andere Menschen viel schlimmere Erfahrungen machen.	1	2	3	4	5
14. Ich denke weiter darüber nach wie schrecklich es ist, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
15. Ich denke, dass andere für das, was passiert ist, verantwortlich sind.	1	2	3	4	5
16. Ich möchte verstehen, warum ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, so fühle wie ich es tue.	1	2	3	4	5
17. Ich denke an etwas Schönes anstatt an das, was passiert ist.	1	2	3	4	5
18. Ich denke, dass die Situation auch positive Seiten hat.	1	2	3	4	5
19. Ich denke, dass es gar nicht so schlimm war, im Vergleich zu anderen Dingen.	1	2	3	4	5
20. Ich denke, dass das, was ich erlebt habe das Schlimmste ist, was einem passieren kann.	1	2	3	4	5

<u>CERQ</u>					
Jedem von uns passieren hin und wieder negative oder unangenehme Ereignisse und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
21. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei mir liegt.	1	2	3	4	5
22. Ich denke, dass ich lernen muss, damit zu leben.	1	2	3	4	5
23. Ich überlege mir einen Plan, wie ich am besten vorgehen kann.	1	2	3	4	5
24. Ich suche nach den positiven Seiten der Angelegenheit.	1	2	3	4	5
25. Ich sage mir, dass es Schlimmeres im Leben gibt.	1	2	3	4	5
26. Ich denke darüber nach, wie fürchterlich die Situation gewesen ist.	1	2	3	4	5
27. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei anderen liegt.	1	2	3	4	5

<u>F-SozU K-14</u>					
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehung erleben und einschätzen. Kreuzen Sie bitte jene Kategorie an, die Ihrer Zustimmung entspricht. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden/ Angehörigen“ die Rede ist, dann sind <i>die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind</i> .	trifft überhaupt nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft genau zu
1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	1	2	3	4	5
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	1	2	3	4	5
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	1	2	3	4	5
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	1	2	3	4	5

6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3	4	5
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	1	2	3	4	5
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	1	2	3	4	5
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	1	2	3	4	5
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	1	2	3	4	5
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	1	2	3	4	5
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	1	2	3	4	5
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	1	2	3	4	5

<u>SBI-15R-D</u>				
Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen zu religiösen Überzeugungen und Praktiken sowie zur sozialen Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie sehr sie mit Ihrer Meinung übereinstimmt, indem Sie den entsprechenden Wert ankreuzen.	trifft gar nicht zu	trifft eher/teilweise nicht zu	trifft teilweise/etwas zu	trifft vollständig zu
1. Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.	1	2	3	4
4. Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1	2	3	4
3. Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	1	2	3	4
4. Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1	2	3	4
5. Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	1	2	3	4
6. Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1	2	3	4
7. Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	1	2	3	4

8. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	1	2	3	4
9. Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	1	2	3	4
10. Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1	2	3	4
11. Ich habe durch meine Gebete oder Meditation innere Ruhe gefunden.	1	2	3	4
12. Das Leben und der Tod des Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	1	2	3	4
13. Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1	2	3	4
14. Ich glaube, dass Gott mich vor Schaden schützt.	1	2	3	4
15. In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1	2	3	4

20-PSQ				
Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben in den letzten 4 Wochen zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Feld unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.	fast nie	manchmal	häufig	meistens
1. Sie fühlen sich ausgeruht.	1	2	3	4
2. Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	1	2	3	4
3. Sie haben zu viel zu tun.	1	2	3	4
4. Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	1	2	3	4
5. Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können.	1	2	3	4
6. Sie fühlen sich ruhig.	1	2	3	4
7. Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
8. Sie sind voller Energie.	1	2	3	4

9. Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
10. Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	1	2	3	4
11. Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
12. Sie fühlen sich sicher und geschützt.	1	2	3	4
13. Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
14. Sie haben Spaß.	1	2	3	4
15. Sie haben Angst vor der Zukunft.	1	2	3	4
16. Sie sind leichten Herzens.	1	2	3	4
17. Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
18. Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	1	2	3	4
19. Sie haben genug Zeit für sich.	1	2	3	4
20. Sie fühlen sich unter Termindruck.	1	2	3	4

TLEQ

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können. Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben.

- Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt, wobei
 - eine Ihnen nahe stehende Person schwer verletzt oder getötet wurde,
 - Sie selbst gefährlich verletzt wurden, oder
 - Sie damit gerechnet haben, schwer verletzt oder getötet zu werden?
 Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐
- Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinischen Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐
- Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐
- Haben Sie in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet?
 Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, waren Sie dabei dem Kriegsgeschehen oder Kämpfen unmittelbar ausgesetzt (z.B. in der Nähe explodierender Bomben oder Schießereien), bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>													
5.	Haben Sie jemals den unerwarteten, plötzlichen Tod eines engen Freundes bzw. Freundin oder einer geliebten Person miterlebt? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
6.	Sind Sie jemals ausgeraubt worden oder haben Sie einen Raub miterlebt, bei dem der/die Täter eine Waffe benutzten? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
7.	Sind Sie jemals von einem Bekannten oder Fremden körperlich angegriffen worden? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
8.	Haben Sie miterlebt, wie jemand von einem Fremden oder Bekannten körperlich angegriffen wurde, wobei das Opfer schwer verletzt oder getötet wurde? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
9.	Wurde Ihnen jemals von einer Person angedroht, dass sie Sie töten oder körperlich schwer verletzen würde? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/> Handelte es sich um eine/ einen ... <table border="0"> <tr> <td>Fremde/n</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Freund/in oder Bekannte/n</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verwandte/en</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Partner/in</td> <td>Ja <input type="checkbox"/></td> <td>Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Fremde/n	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Freund/in oder Bekannte/n	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Verwandte/en	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Partner/in	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fremde/n	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>											
Freund/in oder Bekannte/n	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>											
Verwandte/en	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>											
Partner/in	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>											
10.	Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r in einer Weise körperlich gestraft, dass Sie blaue Flecken, Verbrennungen, Schnittwunden oder Knochenbrüche davontrugen? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
11.	Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihm/Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
12.	Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen, geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
13.	Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												
14.	Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der weniger als 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren? Nie <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> 3-mal <input type="checkbox"/> 4-mal <input type="checkbox"/> 5-mal <input type="checkbox"/> mehr als 5 Mal <input type="checkbox"/>												

15. Nach Ihrem 13. Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐

16. Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/oder in Ihren Handlungen kontrolliert, sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐

Handelte es sich um eine/ einen ...

Fremde/n Ja ☐ Nein ☐

Freund/in Ja ☐ Nein ☐

Bekannte/n Ja ☐ Nein ☐

Verwandte/en Ja ☐ Nein ☐

Partner/in Ja ☐ Nein ☐

17. Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren (z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5 Mal ☐

Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:

Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben,

18. a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer : _____

b) sind Sie bei einem/mehreren dieser Ereignisse schwer verletzt worden?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer: _____

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:

in den letzten 2 Monaten passiert? Ja ☐ Nein ☐

in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja ☐ Nein ☐

19. Welches (nur eines) der Ereignisse (die Ihnen selbst passiert sind) war für Sie am schlimmsten/hat Sie am stärksten belastet?

Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen. Frage Nummer: _____

Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte? Alter: _____

(Keines der Ereignisse war belastend. ☐)

<u>PCL-C</u>					
<p>Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen.</p> <p>Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im vergangenen Monat als störend empfunden haben.</p>	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1. Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
3. Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie Sie Wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5
4. Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
5. Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
6. Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen?	1	2	3	4	5
7. Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5
8. Mühe, sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?	1	2	3	4	5
9. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4	5
10. Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?	1	2	3	4	5
11. Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5
12. Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?	1	2	3	4	5
13. Mühe, ein- oder durchzuschlafen?	1	2	3	4	5
14. Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?	1	2	3	4	5
15. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren?	1	2	3	4	5
16. „Über-aufmerksam“ oder wachsam oder auf der Hut sein?	1	2	3	4	5
17. Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?	1	2	3	4	5

BSI-18 Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute . Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1.	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
2.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
3.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
4.	Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
5.	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
6.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
7.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
8.	Schwermut	0	1	2	3	4
9.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
10.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
11.	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
12.	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
13.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
14.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
15.	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
16.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
17.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
18.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4

<u>FSS</u>							
Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr sie finden, dass diese Aussage auf Sie zutrifft.	Trifft nicht zu	Eher nicht	Ein wenig	Unsicher	Etwas	Trifft zu	Trifft voll zu
1. Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin.	1	2	3	4	5	6	7
2. Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich bin schnell erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
4. Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich.	1	2	3	4	5	6	7
6. Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung.	1	2	3	4	5	6	7
7. Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten.	1	2	3	4	5	6	7
8. Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden.	1	2	3	4	5	6	7
9. Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7

<u>TAS-26</u>					
Bitte geben Sie an, wie die folgenden Aussagen auf sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.	Trifft gar nicht zu	Eher nicht	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
1. Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	1	2	3	4	5
2. Mir fällt es schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
3. Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
4. Es fällt mir leicht meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
5. Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	1	2	3	4	5
6. Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5
7. Ich bin oft über die Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	1	2	3	4	5
8. Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade passiert sind.	1	2	3	4	5

TAS-26	Trifft gar nicht zu	Eher nicht	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
Bitte geben Sie an, wie die folgenden Aussagen auf sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.					
9. Einige meiner Gefühle kann ich nicht richtig benennen.	1	2	3	4	5
10. Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
11. Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	1	2	3	4	5
12. Andere fordern mich auf, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
14. Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	1	2	3	4	5
15. Ich unterhalte mich mit anderen nicht gern über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen.	1	2	3	4	5
16. Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an.	1	2	3	4	5
17. Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	1	2	3	4	5
18. Ich kann mich jemandem sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	1	2	3	4	5
19. Ich finde, dass Mir-klar-werden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	1	2	3	4	5
20. Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken	1	2	3	4	5

Angaben zur Multiplen Sklerose

Wie lautet Ihre genaue Diagnose? _____

Wie lange wissen Sie bereits von Ihrer Erkrankung?

Seit _____ **Monaten.**

Wann hatten sie Ihren letzten Schub?

Vor _____ **Monaten.**

Als wie schwerwiegend haben sie diesen letzten Schub empfunden?

Bitte geben Sie dies in Prozent (0%-100%) an.

_____ %

Angaben zu Ihrer Person**Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich**Geburtsjahr:** 19____ **Geburtsmonat:** ____ (1 bis 12)**Nationalität:** ☐ Österreich ☐ Deutschland ☐ andere: _____**Religionsbekenntnis:**☐ Katholisch ☐ Evangelisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Hinduistisch
☐ Anderes ☐ Atheistisch ☐ Keines**Momentaner Beziehungsstatus:**☐ Single ☐ In einer Beziehung ☐ Verheiratet ☐ Getrennt
☐ Verwitwet ☐ Anderes**Höchste abgeschlossene Schulausbildung:**

<input type="checkbox"/> Pflichtschule (z.B. Hauptschule, Realschule)	<input type="checkbox"/> Hochschulreife (Matura, Abitur, Fachabitur)
<input type="checkbox"/> Lehrabschluss	<input type="checkbox"/> Bachelor
<input type="checkbox"/> Meisterprüfung	<input type="checkbox"/> Master oder äquivalent (z.B. Magister, Diplom)
<input type="checkbox"/> berufsbildende mittlere Schule (z.B. HAS/HASCH)	<input type="checkbox"/> PhD oder Doktorat

Aktuelle Erwerbstätigkeit: ☐ keine ☐ geringfügig beschäftigt ☐ Teilzeit
☐ Vollzeit ☐ anderes, und zwar: _____**Derzeitiger Beruf:** _____**Monatliches Netto-Einkommen:**

<input type="checkbox"/> 0 bis 499 Euro	<input type="checkbox"/> 1000 bis 1499 Euro	<input type="checkbox"/> 2000 bis 2999 Euro
<input type="checkbox"/> 500 bis 999 Euro	<input type="checkbox"/> 1500 bis 1999 Euro	<input type="checkbox"/> 3000 bis 4999 Euro
		<input type="checkbox"/> 5000 Euro oder mehr

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ nein, aber ich habe früher geraucht
☐ ja, gelegentlich ☐ ja, regelmäßig**Falls Sie rauchen (oder früher geraucht haben):**

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag (bzw. haben Sie geraucht)?

_____ Zigaretten pro Tag

Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben?

_____ Jahre

Wenn Sie **nicht mehr** rauchen: Seit wie vielen Jahren rauchen Sie nicht mehr?

Seit _____ Jahren

- Trinken Sie Alkohol?** ☐ nein, ich trinke überhaupt keinen Alkohol
☐ nein, aber ich habe früher Alkohol getrunken
☐ ja, täglich
☐ ja, mehrmals pro Woche, im Durchschnitt an _____ Tagen pro Woche
☐ ja, aber seltener als 1x pro Woche

Wenn Sie Alkohol trinken (oder früher konsumiert haben):

Wie viel trinken Sie durchschnittlich, wenn Sie Alkohol trinken?

_____ halbe(s) Bier (500ml) _____ Achtel Wein (125ml)
_____ Stamperl Schnaps (2cl)

Wenn Sie **nicht mehr** Alkohol trinken: Seit wie vielen Jahren trinken Sie keinen Alkohol mehr?

seit _____ Jahren

Sind Sie schon jemals aufgrund psychischer Probleme in Behandlung gewesen (bei einem Arzt, Psychiater, Psychotherapeuten oder Klinischen Psychologen; *mehrfaches Ankreuzen möglich*)?

- ☐ nein ☐ ja, in der Vergangenheit ☐ ja, aktuell

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Vielen Dank!

10.3. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Wien, am _____

10.4. LEBENSLAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Name Jenny Koegel

SCHULAUSBILDUNG

1993-1996	Grundschule Bergstedt, Hamburg
1997-2006	Gesamtschule Walddörfer, Hamburg
2006	Erreichen der allgemeinen Hochschulreife

STUDIUM

Seit dem 29.02.2008	Universität Wien, Psychologie
Vordiplom	Erhalten am 12.11.2010
2011-2012	Arbeit als Student Advisor für StudienanfängerInnen an der Universität Wien

SPRACHEN

Sehr gute Englisch-Kenntnisse

Französisch-Kenntnisse

PRAKTIKA

September 2006-September 2007	Camphill Copake. Leben und Arbeiten mit Menschen mit körperlich und geistiger Behinderung, Copake, New York, USA
November 2007-Januar 2008	Wohnhaus Wilhelm-Jensen-Stieg, <i>alsterdorf assistenz ost GmbH</i> . Stationäres Wohnangebot für Frauen mit psychischen Störungen und geistiger Behinderung
Juli 2011-August 2011	Asklepios Westklinikum Hamburg. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie.